



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA INTEGRAL
CONDICIONES GENERALES**

CONDICIONES GENERALES

Causales de Terminación o Cancelación. La presente póliza terminará:
Este contrato de seguro podrá darse por terminado en los siguientes casos:

1. Si la **COMPAÑÍA** le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerada este contrato. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada por el **CONTRATANTE** o de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del **CONTRATANTE** dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.
2. Cuando el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO PRINCIPAL** manifiesten su deseo de no continuar con el contrato, mediante aviso por escrito recibido por la **COMPAÑÍA** con un mes (30 días) de anticipación de la terminación de la duración del Contrato.
3. Cuando el **CONTRATANTE** manifieste su decisión de no renovar el contrato, mediante aviso por escrito recibido por la **COMPAÑÍA** con un mes (30 días) de anticipación a la terminación de la duración del Contrato.
4. Cuando, antes la **COMPAÑÍA** manifieste su decisión de no renovar el contrato, mediante aviso enviado con un mes de anticipación a la terminación de la Duración del Contrato.
5. Cuando el **ASEGURADO PRINCIPAL** o persona cubierta pierda su condición de Persona Asegurable, terminando los beneficios del seguro tanto para él, como para los demás **ASEGURADOS**.
6. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad y vencido el período de gracia, el **ASEGURADO** deja transcurrir diez (10) días sin pagar la prima adeudada, contados a partir de la fecha de envío de la carta de aviso de cancelación.
7. Declaración falsa o inexacta por parte del **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** o persona cubierta.
8. En el momento que el **ASEGURADO** o persona cubierta resida fuera de la República de Panamá permanentemente, por períodos mayores a tres (3) meses, en este caso, de acuerdo con los términos de este Contrato.

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este contrato de seguro, se entiende por:

COMPAÑÍA: BANESCO SEGUROS, S.A. es la parte que asume los riesgos objeto de este contrato de seguro y se encuentra plenamente identificada en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES** de este contrato y anexos o endosos.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que en virtud de este contrato de seguro traslada a la **COMPAÑÍA** el o los riesgos que constituyen el **objeto de este contrato de seguro** y se obliga al pago de la prima. El **CONTRATANTE** se encuentra plenamente identificado en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES**, que es parte integrante del presente contrato de seguro. Igualmente, se entiende que el **CONTRATANTE** actúa en nombre propio, excepto que de otra manera se especifique en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES**.

GRUPO: Conjunto de personas que mantienen con el **CONTRATANTE** una relación laboral, profesional gremial, sindical o de cualquier otro tipo, siempre y cuando no esté formado por parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, los cónyuges y cualquier otra persona que viva habitualmente con el grupo familiar o aquel conjunto de personas que se constituyan con el propósito de asegurarse.

TENEDOR DE LA POLIZA: Es la persona contacto designada por el **CONTRATANTE**, quien será el intermediario entre la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** y el **ASEGURADO**.

ASEGURADO: Persona que en sí misma está expuesta a el o los riesgos objeto de este contrato de seguro. **El ASEGURADO**, en caso de no ser la misma persona que el **CONTRATANTE**, se encuentra plenamente identificado en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES** de este contrato de seguros.

MIEMBRO DEL GRUPO: empleado activo y permanente, entendiéndose como tales aquellos que trabajan en la empresa un mínimo de 30 horas a la semana.

CONTRIBUTORIO: Participación para el pago de la prima por parte de los Miembros del Grupo Colectivo.

NO CONTRIBUTORIO: Participación para el pago de la prima de la póliza al cien por ciento (100%) por parte de la Empresa Contratante.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica en cuyo favor el **ASEGURADO** ha establecido la indemnización que pagará la **COMPAÑÍA**. El **BENEFICIARIO** se encuentra plenamente identificado en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES** de este contrato de seguro. En caso de pluralidad de **BENEFICIARIOS**, esta definición y su referencia en singular se aplicará a todos ellos.

PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO: La **COMPAÑÍA** y el **CONTRATANTE**. Además de las partes señaladas podrán existir el **ASEGURADO** y el **BENEFICIARIO**.

CONDICIONES PARTICULARES: Documento que debidamente firmado por las partes de este contrato de seguro, forma parte integrante del mismo. En el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES** se especifican y señalan datos fundamentales del contrato de seguro, tales como la identificación del **CONTRATANTE**, del **ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO**, número de póliza, número de certificado, la suma asegurada, y cantidad de pago de prima, entre otros.

AÑO CALENDARIO: 1o. de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: significa los doce (12) meses transcurridos desde la fecha de expedición de la póliza o desde cualquier fecha de aniversario posterior.

PERÍODO DE SEGURO: Contrato de Seguro celebrado por **UN PERÍODO** máximo de un año. Lapso para el cual se calcula la unidad de prima **Y ESTÁ INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.**

CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:

Forman parte integrante de este contrato de seguro:

1. Carta del **CONTRATANTE** en donde se aceptan las condiciones presentadas en la propuesta indicar: fecha efectiva, forma de pago, contribución, RUC, DV, dirección, nombre del Tenedor con el correo electrónico, Corredor de Seguros designado, teléfonos de oficina, y fax.
2. Propuesta aceptada firmada por el Contratante junto a la carta de aceptación.
3. Las solicitudes que hayan servido para la evaluación del riesgo debidamente firmados por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**.
4. Los exámenes médicos exigidos por el **ASEGURADOR**, en aquellas circunstancias que se requieran.
5. Cualquier otro documento que sea necesario:
 - » Al momento de solicitar o suscribir el presente contrato o al solicitar la inclusión de nuevos **ASEGURADOS**.
 - » Al modificar el riesgo.
 - » Al requerir el pago de cualquier beneficio contemplado en este contrato.
 - » Formularios Conoce tú Cliente y sus requisitos.

Las condiciones generales y particulares contenidas en este documento que se encuentran debidamente firmadas por las partes.

Los anexos o endosos, de haberlos, en los cuales se modifican las condiciones establecidas en las condiciones generales o particulares y los cuales para su validez deben indicar el número del póliza de seguro y estar firmados por las partes. En caso de discrepancia, lo establecido en los anexos prevalecerá sobre las disposiciones de las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales.

Los documentos mencionados constituyen y contienen el acuerdo completo celebrado entre las partes con respecto al riesgo objeto del contrato y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto.

CLÁUSULA 3. DECLARACIONES FUNDAMENTALES

Todas las declaraciones efectuadas por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** en la solicitud de seguro, formulario conoce tú cliente, los documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo son fundamentales a los efectos de este contrato de seguro, y fueron esenciales en la formación de la voluntad de la **COMPAÑÍA** para la celebración del mismo y la determinación de la prima. El **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**, según corresponda, certifican y garantizan la veracidad de las declaraciones señaladas en esta Cláusula. Por lo anterior, el **CONTRATANTE** y el **ASEGURADO** manifiestan haber sido informados de que si alguna de esas declaraciones resultare falsa, inexacta, incompleta o de mala fé, la **COMPAÑÍA** no hubiese celebrado este contrato de seguro o lo hubiese hecho de manera distinta, por lo que estas circunstancias causarán la nulidad absoluta de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 4. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

Este contrato de seguro tiene por objeto garantizar por parte de la **COMPAÑÍA** al **ASEGURADO** o **BENEFICIARIO** el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderles, de acuerdo con las condiciones establecidas.

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO

La **COMPAÑÍA** asume las consecuencias de los riesgos cubiertos por este contrato a partir de las 12m de la fecha de su celebración, y durante la vigencia del Contrato indicado en la sección Datos de la Póliza en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES**. La celebración del contrato se producirá una vez que el **CONTRATANTE** notifique su consentimiento a una proposición de la **COMPAÑÍA** o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el **CONTRATANTE**, según corresponda.

CLÁUSULA 6. SUMA ASEGURADA

Se entiende por suma asegurada el monto contratado de indemnización para cada asegurado por cada cobertura, que se establece de común acuerdo entre el **CONTRATANTE** y la **COMPAÑÍA**. La suma asegurada constituye la máxima responsabilidad de la **COMPAÑÍA** por el riesgo objeto de este contrato. El monto de la Suma Asegurada está determinado en las **CONDICIONES PARTICULARES**. La modificación de la suma asegurada propuesta por una de las partes requerirá aceptación expresa de la otra parte.

CLÁUSULA 7. PRIMA

El **CONTRATANTE** debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, y sólo será exigible contra la entrega por parte de la **COMPAÑÍA** de la Póliza, de las **CONDICIONES PARTICULARES** o del recibo de Prima o de la nota de Cobertura Provisional. Las partes establecen como lugar de pago la Oficina Principal de la **COMPAÑÍA** en PANAMA o la dirección de cualquier Sucursal de la **COMPAÑÍA**. Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por la **COMPAÑÍA** no implican de manera alguna la modificación de la dirección de pago establecida por las partes.

El pago de la prima conserva el contrato en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según se haga constar en el contrato de seguro.

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las **CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES** de este contrato, no darán lugar a responsabilidad adicional por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro de dichas primas pagadas en exceso, sin intereses.

La falta de pago de la prima en el plazo acordado, o a todo evento, en el momento cuando se ha hecho exigible, dará derecho a la **COMPAÑÍA** a resolver unilateralmente y de pleno derecho este contrato o, a su solo criterio, a exigir el cumplimiento del contrato mediante el pago de la prima. Para la rescisión de este contrato por falta de pago de la prima, bastará con la notificación escrita al **CONTRATANTE**, en la forma establecida en estas Condiciones Generales, a partir de cuya fecha quedará resuelto el contrato de seguro. Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por la **COMPAÑÍA** no implican la renuncia por parte de la **COMPAÑÍA** a su derecho a resolver este contrato de seguro por falta de pago de la prima.

Cuando se trate de la prima de renovación, la falta de pago en la fecha de exigibilidad se entenderá como la voluntad expresa del **CONTRATANTE** a no renovar el contrato de seguro.

La Compañía podrá cambiar las tarifas en cada fecha de aniversario. Después de la fecha de emisión, cualquier cambio en las tarifas podrá ser debido a un aumento de edad, edad promedio o porque una nueva tabla de tarifas entró en efecto a consecuencia del comportamiento siniestral de la cartera, la cual podrá ser modificada, **previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.**

CLÁUSULA 8. PERIODO DE GRACIA

La COMPAÑÍA concederá un plazo de gracia de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de exigibilidad de cada prima para el pago de cualquier prima y el seguro continuará en vigor durante el período antes mencionado para efectuar el pago de de la misma. Durante este período de gracia, los siniestros de algún ASEGURADO serán pagados siempre que sea cancelada la Prima pendiente antes del vencimiento de dicho plazo.

Queda entendido y convenido que este período de gracia no es aplicable para el pago de la prima que pudiera corresponder en caso de aumentos en los montos de las coberturas, inclusión de coberturas, cláusulas y anexos o endosos, que ocurran con posterioridad a la renovación de la póliza.

CLAUSULA 9. TERMINACION POR MOROSIDAD

Vencido el período de gracia de treinta (30) días, el **CONTRATANTE / ASEGURADO** no paga las primas adeudadas, este contrato quedará sin efecto, conforme a la Ley vigente o en las leyes que lo reformen o enmienden y por disposición de la citada ley, al Asegurado se le notificara su incumplimiento o morosidad a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la **COMPAÑÍA** y se le concederán diez (10) días hábiles a partir de dicha notificación para pagar directamente a la **COMPAÑÍA** las sumas adeudadas o presentar constancia de que ha pagado la prima correspondiente a su corredor de seguros. En caso que la Compañía no le haga esta notificación, de conformidad con la Ley vigente o de las leyes que lo reformen o enmienden, el contrato de seguros subsistirá; y entonces, en caso de siniestro, el **CONTRATANTE / ASEGURADO** recibirá la cantidad convenida en el contrato de seguro, menos la suma debida en concepto de prima con sus intereses al tipo comercial existente en plaza.

La póliza se entenderá cancelada de pleno derecho y la Compañía no tendrá obligación alguna a partir de dicho momento.

CLÁUSULA 10. NOTIFICACIONES

Las notificaciones que las partes deban o deseen hacer en virtud de este contrato o de la Ley que regula la materia, deberán efectuarse por escrito a través de cualquier medio que deje constancia o acuse de recibo, en la dirección de la **COMPAÑÍA** y del **CONTRATANTE** especificada en las **CONDICIONES PARTICULARES.**

En caso de que en este contrato de seguro estén participando uno o varios corredores de seguros, sus nombres e identificaciones se indicarán en las **CONDICIONES PARTICULARES**. Las comunicaciones o notificaciones dirigidas a las partes y entregadas al corredor de seguros por cualquiera de ellas no producirán efecto alguno hasta tanto el corredor de seguros la haya entregado efectivamente y con acuse de recibo de la parte a que dichas comunicaciones estén dirigidas.

CLÁUSULA 11. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

La **COMPAÑÍA** no estará obligada al pago de las indemnizaciones o la prestación de los servicios cuando:

1. El siniestro haya sido ocasionado por culpa grave o dolo del **CONTRATANTE**, del **ASEGURADO**, del **BENEFICIARIO** o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos. Se exceptúan de esta exoneración de responsabilidad los siniestros ocasionados en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la **COMPAÑÍA** derivados del presente contrato de seguro.
2. El **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** no notificase a la **COMPAÑÍA** la ocurrencia de un siniestro dentro del plazo y en los términos indicados en la **CLÁUSULA 36 NOTIFICACIÓN A LA COMPAÑÍA Y TRÁMITES EN CASO DE RECLAMACIÓN** de las condiciones generales, con excepción de aquellos casos que por causa extraña no sean imputables al **ASEGURADO**.
3. El siniestro se inicie antes de la duración del presente contrato de seguro, aún cuando continúe después de que el o los riesgos que constituyen su objeto hayan comenzado a correr por cuenta de la **COMPAÑÍA**.
4. El **CONTRATANTE**, el **ASEGURADO**, el **BENEFICIARIO** o terceras personas que obren por cuenta de alguno de ellos, presentaren una reclamación fraudulenta o engañosa, obstaculizaren el ejercicio de los derechos de la **COMPAÑÍA** estipulados en este contrato de seguro o si se emplearen medios o documentos falsos, engañosos, dolosos o contuvieren omisiones o alteraciones, para sustentar una reclamación o derivar enriquecimiento indebido, al amparo proporcionado por este contrato de seguro.
5. El **ASEGURADO** no presentare los exámenes médicos requeridos por la **COMPAÑÍA** o no suministrare en el plazo para ello estipulado en este contrato cualquier otra información solicitada por la **COMPAÑÍA**.
6. Se presente alguna de las circunstancias establecidas en las Condiciones Particulares contenidas en este mismo documento como causales de exoneración de responsabilidad de la **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 12. MONEDA

La moneda del contrato se encuentra especificada en las **CONDICIONES PARTICULARES**. Si la moneda del contrato es una divisa, los compromisos asumidos por las partes en virtud del presente contrato de seguro, serán honrados en la moneda de curso legal en la República de Panamá vigente para el momento del pago, de acuerdo a la tasa de cambio del día del siniestro o de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Anexo o Endoso.

CLÁUSULA 13. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato de seguro podrá darse por terminado en el siguiente caso:

1. Si la COMPAÑÍA le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerada este contrato. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada por el CONTRATANTE o de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del CONTRATANTE dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.
2. Cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO PRINCIPAL manifiesten su deseo de no continuar con el contrato, mediante aviso por escrito recibido por la COMPAÑÍA con un mes (30 días) de anticipación de la terminación de la duración del Contrato.
3. Cuando el CONTRATANTE manifieste su decisión de no renovar el contrato, mediante aviso por escrito recibido por la COMPAÑÍA con un mes (30 días) de anticipación a la terminación de la duración del Contrato.
4. Cuando, antes la COMPAÑÍA manifieste su decisión de no renovar el contrato, mediante aviso enviado con un mes de anticipación a la terminación de la Duración del Contrato.
5. Cuando el ASEGURADO PRINCIPAL o persona cubierta pierda su condición de Persona Asegurable, terminando los beneficios del seguro tanto para él, como para los demás ASEGURADOS.
6. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad y vencido el período de gracia, el ASEGURADO deja transcurrir diez (10) días sin pagar la prima adeudada, contados a partir de la fecha de envío de la carta de aviso de cancelación.
7. Declaración falsa o inexacta por parte del CONTRATANTE o el ASEGURADO o persona cubierta.
8. En el momento que el ASEGURADO o persona cubierta resida fuera de la República de Panamá permanentemente, por períodos mayores a tres (3) meses, en este caso, de acuerdo con los términos de este Contrato.

La terminación del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación, en cuyo caso no procederá la devolución de prima.

CLÁUSULA 14. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz con motivo de la ejecución del presente contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo someter sus controversias a arbitraje o arbitramiento, si lo consideran conveniente a sus intereses.

CLÁUSULA 15. PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en un año (1) año contados a partir de la ocurrencia del siniestro que dio nacimiento a la obligación de la **COMPAÑIA**.

CLÁUSULA 16. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

El **CONTRATANTE**, **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** perderán todo derecho a ejercer acción judicial (Demanda) contra la **COMPAÑIA** o a convenir con éste el arbitraje previsto en las condiciones generales si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación: a) En caso del rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo; b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha cuando la **COMPAÑIA** hubiere efectuado el pago. En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento cuando haya un pronunciamiento por parte de la **COMPAÑIA**. 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 17. DOMICILIO PROCESAL

Las partes eligen como domicilio procesal exclusivo y excluyente de cualquier otro a la ciudad de emisión de la póliza, a la jurisdicción de cuyos tribunales declaran someterse.

CLÁUSULA 18. PRUEBA DE ENTREGA Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER A INFORMAR.

La firma, por parte de la **COMPAÑIA** y del **CONTRATANTE**, de las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro y de los anexos/endosos, de haberlos, hacen plena prueba de la entrega al **CONTRATANTE** de este contrato de seguro así como del cumplimiento por parte de la **COMPAÑIA** de su obligación de informar al **CONTRATANTE** sobre la extensión de los riesgos asumidos en virtud de este contrato.

CLÁUSULA 19. DEFINICIONES ESPECÍFICAS

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza y los que corresponden a cada uno de los **ASEGURADOS PRINCIPALES**. Contiene como mínimo la siguiente información: Número de la Póliza, número del certificado, identificación completa del **CONTRATANTE**, Datos de Póliza, Datos del **ASEGURADO** y **BENEFICIARIOS**, coberturas contratadas, suma asegurada, edad máxima de terminación, firma del **COMPAÑIA** y del **ASEGURADO**.

REPORTES DE ASEGURADOS: Relaciones de **ASEGURADOS** donde se indica la identificación de cada uno de ellos, así como las coberturas y fecha de inicio y término de las mismas.

ACCIDENTE: Toda acción fortuita, repentina o violenta, producida por una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que causare heridas o lesiones corporales objetivamente constatables y que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta.

LESIÓN: Todo daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible, ocurrido al **ASEGURADO** y que sea constatable por un médico.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud del **ASEGURADO** que origina reducción de su capacidad funcional.

DESMEMBRAMIENTO: Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva desmiembro lesionado. La pérdida parcial de los miembros será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional de dicho miembro lesionado.

LESIONES NO PREVISTAS: La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que procede, constituirá una incapacidad parcial permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional del miembro lesionado, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

ZURDOS: En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes fijados por la pérdida de los miembros superiores.

PERITAJES: Si el Asegurado no se conformase con la evaluación del grado de invalidez hecha por la Compañía, se procederá a dicho evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el asegurado y otro por la Compañía, y en caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Los peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas satisfará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de los del tercero.

VEHICULO PÚBLICO: Se denomina Vehículo Público, cualquier vehículo terrestre, aéreo o marítimo, debidamente autorizado por las leyes, para dedicarse a las actividades mercantiles de transporte de personas con itinerarios y rutas establecidas.

PASAJERO: Persona que utiliza la aeronave única y exclusivamente como medio de transporte, por lo tanto, quedan excluidos de la categoría de pasajeros:

- a) Los que con ocasión del medio de transporte reciban habitualmente un aprendizaje o instrucción.
- b) Los que para poder ejercer su trabajo, oficio o profesión necesiten como requisito indispensable y habitual el uso de aeronaves que no correspondan a líneas comerciales.

GASTOS MEDICOS: La Compañía indemnizará al Asegurado por los gastos de curación de las lesiones que haya sufrido el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, hasta el límite indicado en las **CONDICIONES PARTICULARES** y dentro de un período de un año a contar desde la fecha del accidente.

CLÁUSULA 20. COMPROMISO DE LA COMPAÑÍA

La **COMPAÑÍA** se compromete a pagar a los **BENEFICIARIOS**, en caso de fallecimiento del **ASEGURADO** siempre y cuando haya ocurrido mientras el seguro estuviese vigente para él, la suma asegurada indicada en el **CERTIFICADO** o en los **REPORTES DE ASEGURADOS**.

De acuerdo a lo establecido en este contrato de seguro, el pago de reclamación se hará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de los documentos antes indicados y de las informaciones completas relacionadas y solicitadas sobre la reclamación. El pago será entregado a los **BENEFICIARIOS** con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

CLÁUSULA 21. EXCLUSIÓN TEMPORAL

Este contrato de seguro, no cubre el fallecimiento del **ASEGURADO** ocurrido a consecuencia de Suicidio dentro del primer año de seguro. El plazo de un (1) año se contará a partir de la fecha de inicio de **DURACIÓN DEL CONTRATO** o de la fecha de inclusión del **ASEGURADO** en el seguro. En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en este numeral se aplicará únicamente al monto del incremento.

CLÁUSULA 22. EXCLUSIONES COBERTURA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

La **COMPAÑÍA** no será responsable del pago de las indemnizaciones en los siguientes casos:

1. Fallecimiento del **ASEGURADO** como consecuencia de viajes en cualquier tipo de aeronave, a menos que el **ASEGURADO** viaje en calidad de pasajero en viajes regulares, en aeronaves no militares y entre aeropuertos registrados.
2. Fallecimiento del **ASEGURADO** como consecuencia de descensos en paracaídas no exigidos por situación de la aeronave, o de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva directa o indirecta.

CLÁUSULA 23. EDAD Y DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

LA **COMPAÑÍA** tiene derecho a exigir pruebas satisfactorias de la edad del **ASEGURADO**. Para todos los efectos de este Contrato de Seguro, la edad del **ASEGURADO** será la que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de comienzo de este contrato, cumpliendo años sucesivamente en la misma fecha.

En caso de inexactitud de buena fe en la edad del **ASEGURADO** y si ésta estuviere dentro de los límites de inclusión de la **COMPAÑÍA**, se aplicará lo siguiente:

1. Si la edad del **ASEGURADO** resultare mayor de la declarada, la obligación de la **COMPAÑÍA** se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

2. Si la **COMPAÑÍA** hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del **ASEGURADO**, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
3. Si la edad del **ASEGURADO** resultare menor que la declarada, la **COMPAÑÍA** devolverá el exceso de primas cobradas al **CONTRATANTE**, sin intereses. Las primas anteriores deberán reducirse de acuerdo con esa edad.
4. Si después de la muerte del **ASEGURADO** se descubriere que la edad declarada en la solicitud fue incorrecta, la **COMPAÑÍA** pagará al **BENEFICIARIO** la suma que por las primas pagadas corresponda a la edad real del **ASEGURADO**.

CLÁUSULA 24. TASA ANUAL DE TARIFA MEDIA DEL GRUPO, PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

A la fecha de inicio de este contrato de seguro y en cada aniversario se calculará la tasa media del grupo de la siguiente manera:

La prima anual para la prestación básica en caso de muerte se determinará sumando los productos que resulten de multiplicar las sumas aseguradas por las correspondientes tasas anuales de tarifa.

La prima bruta para cada **ASEGURADO**, se determina multiplicando la suma asegurada correspondiente por la tasa de prima según su edad, sexo y recargos, si los hubiere.

La tasa media del grupo se obtiene dividiendo la prima bruta anual total, calculada como la suma de las primas brutas individuales de todos los **ASEGURADOS**, entre el total de las sumas aseguradas.

La prima total a pagar por el Contratante será la que resulte de multiplicar la tasa media por la suma total de los capitales asegurados.

La prima anual de tarifa neta de descuento, se obtiene al aplicar el descuento acordado entre las partes a la prima anual de tarifa correspondiente al seguro básico y a las coberturas adicionales. La tasa media neta a cobrar se aplicará durante la Duración del Contrato hasta el siguiente aniversario del contrato de seguro para la determinación de la prima de cada uno de los **ASEGURADOS** y para aquellos que ingresen al grupo en el transcurso de dicho período.

CLÁUSULA 25. INGRESO DE ASEGURADOS

Para ingresar al seguro, cada uno de los miembros del **GRUPO** deberá llenar la Solicitud de Seguro y presentar las pruebas de asegurabilidad que hayan sido acordadas para este contrato de seguro. La **COMPAÑÍA** analizará estos documentos y sujeto a las condiciones, restricciones y limitaciones establecidas en el mismo, decidirá la aceptación, o no, del seguro del solicitante. En caso de rechazo, lo notificará al **CONTRATANTE**. En caso de aceptación, el **ASEGURADO** será incorporado a los Reportes de **ASEGURADOS**.

La **COMPAÑÍA** asume las consecuencias de los riesgos cubiertos para cada **ASEGURADO** a partir de la fecha de su inclusión en el seguro, la cual no podrá ser anterior a la fecha de su incorporación al **GRUPO** o a la celebración del contrato, y se indicará en los Reportes de **ASEGURADOS**.

Si se exige examen médico previo, la incorporación de nuevos asegurados queda supeditada al mismo. Este se efectuará por el Asegurado en los quince (15) días siguientes a la fecha cuando le haya notificado la incorporación.

CLÁUSULA 26. PERSONAS ASEGURABLES O ELEGIBILIDAD

En la fecha de celebración de este contrato de seguro son asegurables o elegibles para el seguro los miembros del Grupo asegurable que sean mayores de 18 años al momento de completar la solicitud. Posteriormente, son asegurables o elegibles para el seguro los miembros del Grupo asegurable que sean menores de la edad indicada en las **CONDICIONES GENERALES** como elegibilidad. En ambos casos, podrán permanecer **ASEGURADOS** hasta finalizar el período de duración del contrato en el que alcancen la edad indicada en el **CERTIFICADO y CONDICIONES GENERALES** como edad máxima asegurable.

Adicional podrán inscribirse en este seguro las siguientes personas, que gocen de buena salud al momento de su inclusión y cumplan con los mismos requisitos del **ASEGURADO** Principal.

- Cónyuge o Concubina o quien conviva con él en tal calidad, siempre y cuando sea menor de 65 años de edad al momento de formular la solicitud.
- Padres del **ASEGURADO PRINCIPAL** o de su cónyuge o quien conviva con él en tal calidad, siempre y cuando dicha persona sea menor de 65 años de edad al momento de formular la solicitud.
- Hijos solteros de 18 años de edad o más, pero menores de 23 años, al momento de formular la solicitud y que estén cursando estudios, previa confirmación de esta circunstancia.

Al momento de solicitar su inclusión en el contrato de seguros, no deben encontrarse hospitalizados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquier fuente, beneficios por incapacidad.

La **COMPAÑÍA** podrá emitir, a solicitud del **CONTRATANTE** una relación detallada de los **ASEGURADOS** amparados para cada período.

Las personas jubiladas podrán, previa solicitud del **CONTRATANTE**, mantenerse dentro del grupo asegurado, siempre que para la fecha de jubilación estén amparados bajo esta Póliza y siempre que sea aceptado por la **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 27. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

Adicionalmente a lo establecido en la Cláusula 13 de las **CONDICIONES GENERALES**, el seguro de cualquier **ASEGURADO** cubierto por este contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha cuando:

1. Deje de ser miembro del Grupo.
2. En la fecha que el asegurado cumpla con la edad máxima de asegurabilidad establecida en **CERTIFICADO y CONDICIONES GENERALES**.
3. El Contratante solicite su exclusión del seguro.
4. Cuando el Contratante no cumpla con el mínimo requerido para un Colectivo.
5. La fecha en que cesen los pagos de primas.
6. Por muerte del Asegurado.
7. Por abuso, fraude, estafa en la utilización de los beneficios de esta Póliza.

CLÁUSULA 28. PRIMA Y FRECUENCIA DE PAGO

La prima que deberá pagar el **CONTRATANTE** en la fecha de inicio de cada vigencia, la determinará la **COMPAÑÍA** en función de la tasa de prima media neta de descuento obtenida según lo establecido en la **Cláusula 24** de Tasa Anual de Tarifa Media del Colectivo, para el Seguro de Muerte, las coberturas adicionales vigentes para ese momento y el ingreso y egreso de **ASEGURADOS** al seguro.

Las primas de este seguro son pagaderas en la fecha de su exigibilidad, según la forma de pago de pago / la vigencia establecidos en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES**.

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las condiciones de este contrato, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la **COMPAÑÍA**, sino única y exclusivamente a reintegro sin intereses de dichas primas, aún cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por él, salvo las así pagadas debido a inexactitud en la edad según lo establecido en la Cláusula de Edad y Declaración Inexacta de la Edad de las condiciones de este contrato de seguro.

La forma de pago de la prima será la indicada en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES** y podrá ser cambiada en la fecha de exigibilidad de la siguiente prima anual, mediante solicitud escrita del **CONTRATANTE** recibida por la **COMPAÑÍA** antes del vencimiento del período de prima en curso.

El fallecimiento de cualquier **ASEGURADO** no obliga a la **COMPAÑÍA** a devolver la prima pagada, a menos que el fallecimiento haya ocurrido antes de la fecha de celebración del contrato de seguro o de la inclusión del **ASEGURADO** en el mismo.

CLÁUSULA 29. CAMBIOS DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD

El **ASEGURADO** deberá notificar a la **COMPAÑÍA** los cambios de profesión o de actividad del **ASEGURADO**, con anterioridad a que dicho cambio se produzca.

Si ocurriese un siniestro cubierto por ese contrato de seguro sin que el **ASEGURADO** haya notificado a la **COMPAÑÍA** del cambio de profesión o actividad, y cuando estos cambios sean de tal naturaleza que, si la nueva profesión o actividad hubiese existido en la fecha de la celebración de este contrato de seguro, la **COMPAÑÍA** sólo habría consentido en el seguro mediante una prima más elevada, la indemnización será reducida proporcionalmente a la menor prima convenida comparada con la que hubiese sido fijada.

Habiendo sido notificado la **COMPAÑÍA** o si éste tuviese conocimiento de los cambios de profesión o actividad por cualquier otro medio, podrá dentro de los quince (15) días hábiles siguientes manifestar al **CONTRATANTE** si desea terminar el contrato, reducir la indemnización o elevar la prima. En caso de que la **COMPAÑÍA** decida terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16°) día hábil siguiente a la notificación que hará a tales efectos, siempre, poniendo a disposición del **ASEGURADO** la porción de la prima no consumida.

Si la **COMPAÑÍA** declara que desea modificar el contrato mediante la reducción de la suma asegurada o mediante el incremento de la prima, el **CONTRATANTE**, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación, deberá declarar si acepta o no la modificación propuesta. El silencio el **CONTRATANTE** equivale a la aceptación de la propuesta de la **COMPAÑÍA**. Si el **CONTRATANTE** rechaza la propuesta de modificación efectuada por la **COMPAÑÍA**, el presente contrato de seguro quedará resuelto, quedando a salvo el derecho de la **COMPAÑÍA** a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado.

Habiendo sido notificado la **COMPAÑÍA** del cambio de profesión o de actividad del **ASEGURADO**, y cuando la nueva profesión o actividad involucre la realización de actividades excluidas de cobertura, las partes podrán, de común acuerdo, incluir dichas actividades en la cobertura de este contrato mediante anexo que otorgarán a tales efectos, y en el cual se señalará la actividad incluida y la prima que dicha inclusión ocasione. Cuando no se acuerde dicha inclusión y ocurra un siniestro por la realización de una de dichas actividades, se aplicará el acuerdo sobre actividades excluidas de cobertura contenidas en la cláusula de Exclusiones.

CLÁUSULA 30. RENOVCACIÓN

El contrato se renovará automáticamente al finalizar cada período de **DURACIÓN DEL CONTRATO** por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar mediante notificación dirigida a las direcciones indicadas en el **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES**, efectuada con al menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de Duración del Contrato. Las primas de renovación se establecerán de acuerdo con los beneficios, condiciones y tarifas que la **COMPAÑÍA** ofrezca usualmente a sus clientes al momento de la renovación y serán exigibles desde la fecha renovación.

La renovación del contrato no se emitirá en cualquiera de las otras circunstancias establecidas en la **CLÁUSULA 13. TERMINACIÓN DEL CONTRATO**.

CLÁUSULA 31. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Para la administración del contrato de seguro, el **CONTRATANTE**, deberá suministrar a la **COMPAÑÍA**:

- a) Las solicitudes de seguro, y Declaraciones de Salud necesarios para la evaluación del riesgo, debidamente llenados en todas sus partes y firmadas por él y por el **ASEGURADO**.
- b) Lista de los **ASEGURADOS** que egresen del seguro, con indicación de su fecha de exclusión, la cual no podrá ser anterior a la fecha de la última Duración del Contrato de seguro.
- c) Cualquier información que esta requiera para el buen funcionamiento y administración de la Póliza.

CLÁUSULA 32. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los **BENEFICIARIOS** y la participación porcentual en la Suma Asegurada que le corresponderá a cada uno de ellos, serán designados por el **ASEGURADO** en la solicitud de seguro.

El **ASEGURADO** tiene el derecho a cambiar de **BENEFICIARIOS** en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad, solicitándolo por escrito a la COMPAÑÍA.

Cuando haya varios **BENEFICIARIOS**, la distribución del pago de la Suma Asegurada correspondiente en virtud de este contrato de seguro se hará en partes iguales si no hay estipulación en contrario. En caso que sobre algún **BENEFICIARIO** designado se verifique alguno de los siguientes eventos al momento del pago de la reclamación:

1. Falleciere antes o simultáneamente con el **ASEGURADO**.
2. Hubiere error o inexactitud en su identificación.
3. Faltare la designación de la proporción de la Suma Asegurada que les corresponde,

La Suma Asegurada acrecerá a favor del resto de los **BENEFICIARIOS**.

En caso de que alguno de los eventos anteriores se verifique para la totalidad de los **BENEFICIARIOS** o si la designación se hace a favor de los herederos del **ASEGURADO**, sin mayor especificación o si no existen **BENEFICIARIOS** designados, la Suma Asegurada se divide en partes iguales entre los herederos legales.

A los efectos de este contrato de seguro, se presume que un **BENEFICIARIO** ha fallecido simultáneamente con el **ASEGURADO** cuando el suceso que de origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

En caso que los **BENEFICIARIOS** sean los herederos legales, la **COMPAÑÍA** pagará el monto del seguro a aquellos herederos legales que hubieren comprobado tal carácter, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a partir de la muerte del **ASEGURADO**, considerando a éstos como sus **BENEFICIARIOS** y quedando la **COMPAÑÍA** exento de toda responsabilidad para con aquellos herederos legales que no hubieren concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y comprobar su cualidad de herederos.

Si el siniestro hubiere ocurrido por causa intencional de alguno de los **BENEFICIARIOS**, la parte de la Suma Asegurada correspondiente a aquellos **BENEFICIARIOS** que estén involucrados en la causa dolosa será repartida entre los restantes **BENEFICIARIOS** en proporción a la participación designada para ellos.

CLÁUSULA 33. INDISPUTABILIDAD

Este contrato de seguro será indisputable, con excepción a lo relativo a la edad del **ASEGURADO**, después de que haya estado en vigor en vida del **ASEGURADO** por un período de dos (2) año consecutivo contado desde la fecha de celebración del contrato, salvo en los casos de dolo o

fraude, declaración de mala fe, reticencia u omisión de mala fe por parte del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**. En caso que se ofrezcan Coberturas Adicionales a la Cobertura de Vida el período de Indisputabilidad será aplicable a dichas Coberturas.

En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada o fecha de ingreso del **ASEGURADO**, el plazo de los dos (2) años se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento o fecha de ingreso, en los casos de aumento se aplicará únicamente al monto del incremento.

En los casos que se haya aprobado la Continuidad de Cobertura, se deberá tomar en cuenta la fecha de emisión de la Compañía de Seguros Anterior.

CLÁUSULA 34. MODIFICACIONES

Las modificaciones a las condiciones del contrato entrarán en vigor una vez que el **CONTRATANTE** notifique su consentimiento a la proposición formulada por la **COMPAÑÍA** o cuando éste notifique su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el **CONTRATANTE**. Las modificaciones se harán constar en el **CERTIFICADO, CONDICIONES GENERALES y CONDICIONES PARTICULARES** o en Anexos, previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto en la **CLÁUSULA 5. Duración del Contrato** y en **CLÁUSULA 7. PRIMA**, de este Contrato de Seguro.

La modificación de las sumas aseguradas requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por parte de la **COMPAÑÍA** con la emisión del **CERTIFICADO y CONDICIONES PARTICULARES** donde se modifiquen las sumas aseguradas correspondientes y por parte del **CONTRATANTE** mediante notificación de aceptación o por el pago de la diferencia de prima, si la hubiere.

CLÁUSULA 35. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si el **ASEGURADO** llegare a inhabilitarse total y permanentemente, antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad, a consecuencia de un accidente ocurrido o de una enfermedad diagnosticada mientras estuviese amparado bajo la cobertura de esta Póliza, que le impida seguir su ocupación habitual o cualquier otra de acuerdo con su experiencia y entrenamiento, la **COMPAÑÍA** se compromete a pagar la prima correspondiente a la cobertura del **ASEGURADO** al momento de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, previa demostración a satisfacción de la **COMPAÑÍA**, del carácter permanente y total de dicha inhabilitación.

Esta indemnización se hará efectiva bajo las siguientes condiciones:

- a) Que el contrato de seguro haya estado en vigor por lo menos seis (6) meses, con anterioridad al momento de producirse la incapacidad. En caso de rehabilitación del contrato, el plazo de seis (6) meses empezará a contarse desde la fecha de rehabilitación.
- b) Que hayan transcurrido por lo menos seis (6) meses consecutivos desde la declaración médica de la incapacidad.

- c) Que la incapacidad total y permanente ocurra antes del día cuando el **ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Que sean presentados los informes de los médicos que hayan tratado al **ASEGURADO** desde el principio de la enfermedad o del accidente hasta que haya sido declarada la incapacidad, lo cual quedará sujeto a posteriores revisiones.
- e) Que el **ASEGURADO** autorice a los médicos que lo hubieren tratado, a suministrar a la **COMPAÑÍA** las informaciones que éste solicite en relación con su estado de salud y condición física.
- f) Que el **ASEGURADO** no haya hecho uso del **BENEFICIO DE CONVERSIÓN**.
- g) Que la continuación de la incapacidad sea notificada anualmente a la **COMPAÑÍA**, dentro de los tres (3) meses inmediatamente anteriores al aniversario de la inclusión del **ASEGURADO** bajo la cobertura de muerte. La **COMPAÑÍA** puede exigir al **ASEGURADO** incapacitado que se someta, dentro del mismo lapso a examen de dos facultativos que certifiquen que estuvo y sigue estando incapacitado totalmente y sin interrupción, desde el inicio de su incapacidad. Los gastos médicos de este examen correrán por cuenta de la **COMPAÑÍA**.

TRAMITES PARA LA RECLAMACIÓN DE LA EXENCIÓN DE PAGO

El **ASEGURADO** o los **BENEFICIARIOS** o su Representante Legal deberán dar Aviso por escrito a la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días continuos posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

El **ASEGURADO**, los **BENEFICIARIOS** o su Representante Legal deberán presentar a la **COMPAÑÍA**, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, el formulario denominado "**DECLARACIÓN DE SINIESTRO**" con todos los datos que en él se especifican, y demás documentos exigibles por la **COMPAÑÍA** respecto al caso.

En cualquier momento la **COMPAÑÍA** tiene el derecho de hacer examinar por su propia cuenta y por los médicos que le designe al **ASEGURADO**; así como también de solicitar a las autoridades respectivas, centro(s) hospitalario(s) que asistieron o atendieron al **ASEGURADO** y a los médicos que lo trataron, cualesquiera otras informaciones adicionales que estime necesarias y razonables que se requieran para la evaluación de la reclamación.

La **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de exigir pruebas fehacientes de la identificación y edad del **ASEGURADO**.

Si no se cumpliese con los lapsos especificados en los apartados anteriores, excepto por causa extraña no imputable al **ASEGURADO**, a los **BENEFICIARIOS** y al Representante Legal, debidamente comprobados, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a este beneficio.

DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LAS RECLAMACIONES

- Formulario de Reclamos debidamente completado
- Carta de presentación del reclamo
- Copia de la cédula del asegurado
- Informe médico detallado y actualizado

- Copia de ficha del Seguro Social
- Evaluación por parte del médico Asesor de la Compañía.

En los casos que la **COMPAÑÍA** requiera posteriormente documentos razonables adicionales, una vez solicitados, deberán ser entregados la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

EXCLUSIONES

No darán derecho a indemnización las incapacidades ocasionadas por:

- a) Suicidio o tentativa de suicidio, lesiones auto inferidas o causadas por otra persona con el consentimiento del ASEGURADO;
- b) Participación en actos delictivos, en actos de guerra, terrorismo, guerrillas, huelgas, tumultos, motín, prisión, conmociones civiles, asonadas, rebeliones o insurrecciones, sabotaje o usurpación del poder, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes certifiquen como delito en el país donde ocurran, o mientras el ASEGURADO cumpla el servicio militar;
- c) Actividades submarinas o de exploración, navegación aérea, excepto en los casos en que el ASEGURADO se encuentre viajando como pasajero en aerolíneas comerciales con vuelos e itinerarios establecidos, horario regular y entre aeropuertos permanentes;
- d) Participación en carreras de velocidad, apuestas o concursos o por la práctica de boxeo, lucha, montañismo, vuelo en ícaro, paracaidismo, o de deportes extremos
- e) Accidente ocurrido en estado de embriaguez del ASEGURADO o mientras se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas tóxicas o heroicas;
- f) Accidente ocurrido antes de la fecha de entrada en vigor del presente Anexo para el ASEGURADO, aunque sus consecuencias se manifiesten durante la vigencia del mismo.
- g) Enfermedades corporales o mentales y lesiones con ellas relacionadas, así como también lesiones y consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos.

CLÁUSULA 36. NOTIFICACIÓN a la COMPAÑÍA y TRÁMITES EN CASO DE RECLAMACIÓN

Ocurrido el fallecimiento del **ASEGURADO**, se deberá dar el Aviso por escrito a la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de fallecimiento.

El **BENEFICIARIO** o su Representante Legal deberán presentar a la **COMPAÑÍA**, dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de fallecimiento, el formulario denominado "**DECLARACIÓN DE SINIESTRO**" con todos los datos que en ella se especifican, y demás documentos exigibles por la **COMPAÑÍA** respecto al caso.

La **COMPAÑÍA** podrá requerir para el pago de la Suma Asegurada todas las pruebas que considere necesarias y legales para comprobar fehacientemente el fallecimiento y la edad del **ASEGURADO** y la identificación de los **BENEFICIARIOS**, así como la presentación del original del contrato de seguro, sus Anexos y el **CERTIFICADO**.

La Compañía tendrá el derecho de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver, a menos que esté prohibido por la Ley, a practicar autopsia ya sea antes o después del entierro.

CLÁUSULA 37. DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN POR LA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

A.- INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL

- Declaración de Sinistros completamente llena
- Copia de Solicitud y Certificado
- Certificado de nacimiento y copia de C.I. del Asegurado
- Acta de defunción del Asegurado
- Certificado de defunción del Tribunal Electoral (4 timbre)
- Formulario único de parte clínico de defunción
- Declaración del Médico que atendió al Asegurado
- Certificado de nacimiento o documentos de identidad de los beneficiarios y/o herederos legales.
- Declaración de Sinistros debidamente completada.
- Cualquier otro documento que la **COMPAÑÍA** considere necesario para evaluar el caso.

En caso que el fallecimiento ocurra en el exterior, los documentos exigidos por la **COMPAÑÍA** deberán ser certificados por el consulado o embajada establecida en el país de ocurrencia.

Cuando la **COMPAÑÍA** requiera documentos razonables adicionales, podrá solicitarlos posteriormente por una sola vez, y éstos deberán ser entregados a la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

Si no se cumpliera con los lapsos de tiempo especificados en los apartados anteriores, excepto por causa extraña no imputable a los **BENEFICIARIOS** y al Representante Legal, debidamente comprobadas, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a esta cobertura.

CLÁUSULA 38. PAGO DE LAS RECLAMACIONES

La **COMPAÑÍA** procederá al pago de la reclamación de acuerdo a lo establecido en este contrato de seguro dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de los documentos antes indicados y de las informaciones completas relacionadas y solicitadas sobre la reclamación. El pago será entregado a los **BENEFICIARIOS** con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

La Compañía tendrá el derecho de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la Ley, a practicar autopsia ya sea antes o después del entierro.

Si posteriormente al pago de una reclamación la **COMPAÑÍA** llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las Condiciones del contrato, la **COMPAÑÍA** podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 39. RECHAZO DEL SINIESTRO

La **COMPAÑÍA** deberá notificar a los **BENEFICIARIOS** dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de recepción por parte de la **COMPAÑÍA** de toda la información y recaudos requeridos para la liquidación del siniestro, salvo por causa extraña no imputable a la **COMPAÑÍA**, de las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización.

CLÁUSULA 40. BENEFICIO DE CONVERSIÓN

Si un **ASEGURADO** dejare de pertenecer al **GRUPO ASEGURADO**, después de haber estado amparado durante, al menos un (1) año, podrá solicitar por escrito a la **COMPAÑÍA**, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber dejado de pertenecer al **GRUPO** y sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad, un seguro individual de vida, hasta por el mismo monto asegurado en este contrato de seguro, sujeto al pago de la prima conforme a la tarifa vigente del **COMPAÑÍA**, acorde con la edad alcanzada, con recargo si aplicara y al plan de seguro de vida individual que tenga en vigencia la **COMPAÑÍA** para la Conversión. La solicitud presentada en los términos anteriores deberá ser aceptada por la **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 41. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales contenidas en este mismo documento, serán aplicables a la presente Cobertura, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de ésta última.

OTORGADO POR LAS PARTES EN EL LUGAR Y FECHA INDICADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.



LA COMPAÑÍA

CONTRATANTE

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución N° 0260 del 27 de mayo de 2011.