

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. BASES CONTRACTUALES

Chubb Seguros Panamá S. A., en adelante denominada la "ASEGURADORA", con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, y siempre y cuando la misma se encuentre en vigor, pagará al **BENEFICIARIO** identificado en el Certificado Individual de esta Póliza, las Sumas Aseguradas que correspondan a las coberturas contratadas, si ocurre el fallecimiento del **ASEGURADO** a consecuencia de un Accidente Cubierto conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza. Por su parte, el **CONTRATANTE** se obliga con la **ASEGURADORA** al pago de las primas en las fechas señaladas en el Certificado Individual de la Póliza.

Forma parte de este Contrato y constituye prueba del mismo, las Condiciones Generales y el Certificado Individual de esta Póliza, así como los Endosos y Anexos que se le agreguen. También forma parte del Contrato, la Solicitud de Seguro que, con información del **CONTRATANTE** y **ASEGURADOS**, sirvió de base para la evaluación de riesgo de la **ASEGURADORA** y su decisión de celebrarlo.

Si el contenido de la Póliza difiere de la oferta de seguro o de los límites y deducibles acordados, el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** podrá solicitar la corrección a la **ASEGURADORA**, en el plazo de treinta (30) días corridos contados desde la entrega de la Póliza. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, la Póliza se considerará en firme.

CLÁUSULA 2ª. CAUSALES DE TERMINACIÓN

A. A petición del CONTRATANTE:

El Seguro con respecto a cualquier **ASEGURADO** será terminado o resuelto si el **CONTRATANTE** lo solicita por escrito a la **ASEGURADORA**. La terminación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

B. Por la ASEGURADORA:

Mediante notificación escrita al **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, enviada a su última dirección conocida, con no menos de quince (15) días hábiles de anticipación, contados a partir de la fecha del envío.

C. Terminación Automática

1. Esta Póliza quedará automáticamente terminada al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

El fallecimiento no accidental del **ASEGURADO TITULAR** en cuyo caso, cualquiera de los **ASEGURADOS FAMILIARES** que legalmente puedan celebrar contratos puede, dentro de un plazo de treinta (30) días calendario después de la terminación, solicitar la emisión de una Póliza de seguro semejante a la cancelada.

2. La cobertura correspondiente a cada **ASEGURADO** terminará cuando cumpla setenta y seis (76) años de edad.

3. Una vez cumplidas las formalidades exigidas en la Ley 12 del 3 de abril del 2012.

PARAGRAFO 1. En el primer caso, la cancelación da derecho al **ASEGURADO** a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la cancelación y la de vencimiento del Contrato. La devolución se computará de igual modo, si la cancelación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

PARAGRAFO 2. El pago o el ofrecimiento de pago de cualquier prima no percibida por la **ASEGURADORA** no serán presupuesto necesario para la eficacia de la terminación pero tal pago será hecho tan pronto como sea posible.

CLÁUSULA 3ª. COBERTURAS

El **CONTRATANTE** tiene la opción de elegir cuáles de las coberturas que más abajo se describen, quiere integrar en la Póliza; su elección se hace constar en el Certificado Individual en el cuadro de coberturas y límites:

3.1 Indemnización por Muerte Accidental

La **ASEGURADORA** pagará la indemnización de esta cobertura, si el **ASEGURADO** fallece a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo.

CLÁUSULA 4ª. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

4.1 Cobertura de Invalidez - Total Absoluta

El riesgo amparado en el Certificado Individual y/o las condiciones específicas correspondientes a esta cobertura es el de Invalidez (Cuadruplejía o Paraplejía) del **ASEGURADO** como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar de la fecha de su ocurrencia.

En relación con cada riesgo cubierto, la **ASEGURADORA** pagará al **ASEGURADO** las Sumas Aseguradas que se indican en el Certificado Individual.

Si como consecuencia de un mismo Accidente Cubierto se produjera más de uno de los eventos cubiertos, la **ASEGURADORA** indemnizará al **ASEGURADO** por aquel evento cubierto al que corresponda la indemnización mayor. En tal caso, automáticamente quedarán sin efecto las restantes coberturas establecidas por Invalidez.

4.2 Cobertura de Invalidez Permanente - Total o Parcial:

El riesgo amparado en el Certificado Individual y/o condiciones específicas correspondientes a esta cobertura es el de Invalidez Permanente del **ASEGURADO** como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente Cubierto se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente Cubierto causare una Invalidez Permanente, determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del **ASEGURADO**, la **ASEGURADORA** indemnizará al **ASEGURADO** una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en el Certificado Individual, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida de acuerdo a los porcentajes que se detallan en el Certificado Individual y/o condiciones específicas de esta cobertura.

4.3 Cobertura de Fractura de Huesos:

El riesgo amparado en el Certificado Individual y/o condiciones específicas correspondientes a esta cobertura es el de Fractura de Huesos del **ASEGURADO** como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

más tardar dentro de un (1) año a contar de la fecha de su ocurrencia.

En relación con cada riesgo cubierto, la **ASEGURADORA** pagará al **ASEGURADO** las Sumas Aseguradas que se indican en el Certificado Individual, para cada una de las siguientes lesiones:

Fractura de:

- Cadera, Pelvis, Cuello
- Cráneo, Omóplato
- Fémur, Clavícula, Esternón
- Húmero, Rótula, Codo
- Antebrazo, Pierna, Mandíbula
- Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie
- Vértebra, Costilla

Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los eventos cubiertos, las indemnizaciones a cargo de la **ASEGURADORA** se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima a cargo de la **ASEGURADORA** no podrá superar el importe total máximo por Fractura de Huesos especificado en el respectivo Certificado Individual.

4.4 Cobertura de Renta por Hospitalización (Diaria):

El riesgo amparado en el Certificado Individual y/o condiciones específicas correspondientes a esta cobertura es el de Renta por Hospitalización del **ASEGURADO** como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar de la fecha de su ocurrencia.

La **ASEGURADORA** indemnizará al **ASEGURADO** el importe diario estipulado en el Certificado Individual por cada día de hospitalización del **ASEGURADO**.

Esta cobertura estará sujeta al periodo de espera mínimo estipulado en el Certificado Individual y/o especificación de la Póliza.

4.5 Cobertura de Renta por Hospitalización (Semanal):

El riesgo amparado en el Certificado Individual y/o condiciones específicas correspondientes a esta cobertura es el de Renta por Hospitalización del **ASEGURADO** como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar de la fecha de su ocurrencia.

La **ASEGURADORA** indemnizará al **ASEGURADO** el importe semanal estipulado en el Certificado Individual por cada semana de hospitalización del **ASEGURADO**.

Esta cobertura estará sujeta al periodo de espera mínimo estipulado en el Certificado Individual y/o especificación de la Póliza.

4.6 Cobertura de Gastos Médicos:

Esta cobertura ampara el riesgo de los Gastos Médicos incurridos por el **ASEGURADO** como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año a contar de la fecha del mismo.

La **ASEGURADORA** deberá pagarlos Gastos Médicos incurridos, en exceso del deducible a cargo del **ASEGURADO** establecido en el Certificado Individual, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago como máximo hasta la Suma Asegurada para esta cobertura.

4.7 Homicidio Culposo o Involuntario

Es el causado por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo de acuerdo a lo expresado por los artículos 32, 133 y 134 del Código Penal de la República de Panamá.

4.8 Homicidio Doloso o Intencional

Es el causado de manera voluntaria. Es decir, cuando el causante quiere o desea la muerte del **ASEGURADO**, o cuando actúe sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del **ASEGURADO** será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del **ASEGURADO**, tal como lo establecen los artículos 131, 132 del Código Penal de la República de Panamá.

4.9 Pérdidas de Órganos

4.9.1 INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS DE ÓRGANOS A CAUSA DE ACCIDENTE CUBIERTO

Si a consecuencia de cualquier Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el **ASEGURADO** sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado, la **ASEGURADORA** pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla.

4.9.2 INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS DE ÓRGANOS POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO

Si a consecuencia de cualquier Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el **ASEGURADO** sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado, la **ASEGURADORA** pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el **ASEGURADO** se encuentre como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte de pasajeros.

4.9.3 INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS DE ÓRGANOS POR ACCIDENTE EN TRÁNSITO

Si a consecuencia de cualquier Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el **ASEGURADO** sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado, la **ASEGURADORA** pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el **ASEGURADO**:

- Se encuentre como conductor u ocupante en un automóvil privado o de alquiler.
- Sea atropellado por cualquier clase de vehículo al ir como peatón en la vía pública.

• **ESCALA “A”**

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

• **ESCALA “B”**

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
El pulgar de una mano, y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5cms de un miembro inferior	15%
El índice de una mano cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

RESPONSABILIDAD MÁXIMA EN COBERTURAS POR PÉRDIDA DE ÓRGANOS

La responsabilidad de la **ASEGURADORA** en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para cada una de las Coberturas por Pérdidas de Órganos contratadas, aun cuando el **ASEGURADO** sufriera, en uno o más eventos, varias de las Pérdidas de Órganos mencionadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado.

Coberturas Adicionales - Ampliación de los riesgos cubiertos:

El **ASEGURADO** podrá optar por ampliar las coberturas contratadas establecidas en el Certificado Individual mediante la inclusión de las siguientes cláusulas adicionales:

4.10 Cobertura de Accidente en Transporte Público

En caso de Accidente sufrido por el **ASEGURADO** al ser transportado como pasajero en Transporte Público, la **ASEGURADORA** pagará la indemnización la cual será igual a un múltiplo de la Suma Asegurada correspondiente a los riesgos cubiertos especificados en el Certificado individual y/o las condiciones específicas anexas a la Póliza, siempre y cuando las consecuencias inmediatas del Accidente se manifiesten dentro de un (1) año a contar de la fecha del mismo. Dicho múltiplo se especifica en el Certificado Individual.

4.11 Cobertura por Accidente de Tránsito

En caso de Accidente de Tránsito sufrido por el **ASEGURADO**, la indemnización a pagar por la **ASEGURADORA** será igual a un múltiplo de la Suma Asegurada correspondiente a los riesgos cubiertos especificados en el Certificado individual y/o las condiciones específicas anexas a la presente Póliza, siempre y cuando las consecuencias inmediatas del Accidente se manifiesten dentro de un (1) año a contar de la fecha del mismo. Dicho múltiplo se especifica en el Certificado Individual.

CLÁUSULA 5ª. DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente Contrato de Seguro, las siguientes palabras o frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente:

a. ASEGURADORA:

Es **Chubb Seguros Panamá S.A.**, una sociedad con Licencia de Seguros para operar en la República de Panamá, inscrita a la

Ficha **608350**, Documento **1311769** de la Sección Mercantil del Registro Público de la República de Panamá.

b. ASEGURADO:

Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y que puede tener el carácter de titular o de familiar cuando así aparezca en el Certificado Individual de la Póliza, en el Endoso de Inclusión de Familiares y en el Certificado correspondiente.

c. CONTRATANTE:

Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las Primas.

d. ACCIDENTE CUBIERTO:

Toda lesión corporal sufrida por el **ASEGURADO** como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto no se consideran accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el **ASEGURADO**.

Para el caso de la Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público, además el accidente para ser cubierto, deberá producirse mientras el **ASEGURADO** se encuentre a bordo de un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, viajando con boleto pagado, o que haya pagado el costo correspondiente. El ascenso y el descenso están cubiertos.

Para el caso de la Cobertura de Muerte Accidental en Tránsito, además el accidente para ser cubierto, deberá producirse mientras el **ASEGURADO** viaje a bordo de un vehículo privado o como pasajero en un automóvil de alquiler, o si es atropellado por cualquier clase de vehículo, al ir como peatón en la vía pública.

e. BENEFICIARIO:

Es la persona designada por el **ASEGURADO** en el Certificado Individual para recibir el beneficio del Seguro en caso de fallecimiento.

f. TRANSPORTE PÚBLICO:

Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

g. PASAJERO:

Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

h. PÉRDIDA DE ÓRGANOS:

Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien, su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista del ojo que se pierde.

La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.

Si en la fecha del accidente, el **ASEGURADO** ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta Póliza.

i. PÓLIZA:

Es el testimonio del Contrato celebrado entre la **ASEGURADORA** y el **CONTRATANTE** el cual se integra por la Póliza, Condiciones Generales, Certificado Individual, sus Endosos, Anexos, la Solicitud del Seguro y cualesquier otro cuestionario firmado por el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

relacionado con la apreciación del estado de salud del ASEGURADO.

CLÁUSULA 6ª. EXCLUSIONES

6.1 PARA TODAS LAS COBERTURAS:

ESTA PÓLIZA NO AMPARA:

6.1.1 ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

- a) SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.
- b) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

6.1.2 SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- a) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO REGULAR DE PASAJEROS.
- b) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD DE CUALQUIER TIPO.
- c) CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
- d) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMAQUÍA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.
- e) LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

6.1.3 SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.

6.1.4 TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.

6.1.5 AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.

6.1.6 TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS

RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

6.1.7 TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.

6.1.8 ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.

6.1.9 FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, CUANDO SE COMPRUEBE POR MEDIO DE EXAMEN DE SANGRE O CUALQUIER OTRO TIPO DE EXAMEN APROPIADO A CRITERIO DE LA ASEGURADORA, LA PRESENCIA EN EL CUERPO DEL ASEGURADO DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, DROGAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINOGENOS, ESTIMULANTES, SOMNÍFEROS Y/O CUALQUIER OTRO FARMACO QUE PUEDA CAUSAR PERDIDA DE REFLEJOS, CONCIENCIA O QUE EN GENERAL PUEDA DISMINUIR LAS FACULTADES DEL ASEGURADO.

6.1.10 PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES.

6.2 EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO.

6.2.1 LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE LA MUERTE DEL ASEGURADO OCURRE EN UN TAXI O EN CUALQUIER OTRO VEHÍCULO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS SI ÉSTE NO TIENE RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO.

6.3 EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE PÉRDIDA DE ÓRGANOS EN TRANSPORTE PÚBLICO.

6.3.1 LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE LA PÉRDIDA DE ÓRGANOS DEL ASEGURADO OCURRE EN UN TAXI O EN CUALQUIER OTRO VEHÍCULO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS SI ÉSTE NO TIENE RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO.

6.4 EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN TRÁNSITO.

6.4.1 LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE LA PÉRDIDA DE ÓRGANOS DEL ASEGURADO OCURRE MIENTRAS ÉSTE VIAJE EN CUALQUIER TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS CON RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO Y LA COBERTURA EN TRANSPORTE PÚBLICO NO FUE CONTRATADA.

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

6.5 EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE PÉRDIDA DE ÓRGANOS EN TRÁNSITO.

6.5.1 LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE LA PÉRDIDA DE ÓRGANOS DEL ASEGURADO OCURRE MIENTRAS VIAJE EN CUALQUIER TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS CON RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO.

6.6 EXCLUSIONES RESPECTO DE LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON ASALTO

LA ASEGURADORA NO CUBRIRÁ Y POR NINGÚN MOTIVO PAGARÁ RECLAMACIONES QUE TENGAN SU ORIGEN EN EVENTOS DELICTIVOS OCURRIDOS POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN HECHOS DELICTIVOS INTENCIONALES.

ASALTOS OCURRIDOS DURANTE CONFLICTOS ARMADOS NACIONALES O INTERNACIONALES (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL O INTESTINA, INVASIÓN, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, CONSPIRACIÓN, INSURRECCIÓN, ASONADAS, LEY MARCIAL, MOTINES, GOLPE DE ESTADO MILITAR O PODER USURPADO, CONMOCIÓN CIVIL O ALBOROTOS POPULARES.

CLÁUSULA 7ª. ADMINISTRACIÓN DE INDEMNIZACIONES

7.1 Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la **ASEGURADORA** dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 1020 del Código de Comercio si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

7.2 Pruebas

El reclamante presentará a la **ASEGURADORA** además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las reclamaciones indicadas que razonablemente requiera la **ASEGURADORA** para analizar y comprobar el reclamo. En las coberturas adicionales de invalidez la **ASEGURADORA** se reserva el derecho total e incondicional de comprobar la condición de salud del **ASEGURADO** mediante los médicos que tenga a bien asignar.

Así también, La **ASEGURADORA** tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del **CONTRATANTE** o de cualquier **ASEGURADO** o de sus **BENEFICIARIOS** para que se lleve a cabo esa comprobación será un indicio en su contra.

7.3 Pago de la Indemnización

La indemnización que proceda será pagada dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que la **ASEGURADORA** haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

7.4 Deduciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

7.5 Cambio de BENEFICIARIOS

Cualquier **ASEGURADO** podrá en cualquier tiempo hacer una nueva designación a la **ASEGURADORA**, la cual pagará cualquier reclamación procedente pendiente, a los últimos **BENEFICIARIOS** de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación.

7.6 Otros Seguros

En caso de que cualquier **ASEGURADO** esté cubierto bajo más de una Póliza de este tipo emitida por la **ASEGURADORA**, se considerará asegurada a esa persona únicamente por la Póliza que provea mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la **ASEGURADORA** considerará que la persona está asegurada bajo la Póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de ambas situaciones, la **ASEGURADORA**, devolverá íntegramente el monto que haya pagado el **CONTRATANTE** por concepto de las primas correspondientes respecto de las otras Pólizas de este tipo que la **ASEGURADORA** haya emitido.

7.7 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del **ASEGURADO** o por parte de la **ASEGURADORA**, se verificarán en Dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América (US\$).

CLÁUSULA 8ª. PROCEDIMIENTOS

8.1 Renovación

8.1.1. Esta Póliza será renovada automáticamente por períodos de un (1) año, para cada uno de los **ASEGURADOS**, hasta la edad de setenta y cinco (75) años y once meses, salvo que cualquiera de las partes de aviso por escrito a la otra, que es su voluntad darlo por terminado con por lo menos treinta (30) días calendarios antes de la fecha de su vencimiento.

8.1.2. En todo caso, la falta de pago de la prima o primera fracción de la prima, según lo pactado en el Certificado Individual de esta Póliza, conlleva la nulidad absoluta del Contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

8.1.3. El pago oportuno de la prima pactada se acreditará por medio de recibo oficial de la **ASEGURADORA**, según el sistema de pago que aparece en el Certificado Individual de la Póliza. Recibo que se tendrá como prueba fehaciente de la renovación.

8.1.4. En cada renovación la prima a pagar corresponderá con las edades alcanzadas por cada uno de los **ASEGURADOS**, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha registrada ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá.

8.2 Edad de Elegibilidad

8.2.1. Las edades mínimas y máximas de aceptación y permanencia en esta Póliza serán:

8.2.1.1. ASEGURADO- TITULAR:

Mínima edad de aceptación: Dieciocho (18) años cumplidos.

Máxima edad de aceptación: se estipulará en el Certificado Individual, siendo la edad máxima posible a incorporar de setenta y cuatro (74) años.

Máxima edad de permanencia: se estipulará en el Certificado Individual. Incluso podrá pactarse en la Póliza la inexistencia de tal edad, manteniéndose en tal caso la cobertura mientras el **ASEGURADO** esté con vida.

8.2.1.2. ASEGURADO- FAMILIAR:

Mínima edad de aceptación: Dieciocho (18) años cumplidos.

Máxima edad de aceptación: se estipulará en el Certificado Individual, siendo la edad máxima posible a incorporar de setenta y cuatro (74) años.

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Máxima edad de permanencia: se estipulará en el Certificado Individual. Incluso podrá pactarse en la Póliza la inexistencia de tal edad, manteniéndose en tal caso la cobertura mientras el **ASEGURADO** esté con vida.

8.2.1.3. ASEGURADO- DEPENDIENTE:

Mínima edad de aceptación: A partir los seis (6) meses cumplidos del nacimiento.

Máxima edad de aceptación: veintidós (22) años para hijos que estén económicamente a cargo del **ASEGURADO TITULAR**.

Máxima edad de permanencia: veintitrés (23) años para hijos que estén económicamente a cargo del **ASEGURADO TITULAR**.

8.2.2. Las edades de los **ASEGURADOS** suscritos a esta Póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes a la **ASEGURADORA**, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que la **ASEGURADORA** efectúe el pago de cualquier beneficio.

8.2.3. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real de cualquier clase de **ASEGURADO**, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato del Seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, las Coberturas de la presente Póliza quedarán nulas y sin ningún valor para el **ASEGURADO**. La **ASEGURADORA** reintegrará al **ASEGURADO** el sesenta y cinco por ciento (65%) de la parte de la prima correspondiente a ese **ASEGURADO**. Si se trata de una omisión por parte de la **ASEGURADORA**, la Póliza continúa vigente.

8.2.4. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se hubiera estado pagando una prima mayor, la **ASEGURADORA**, estará obligada a rembolsar al **ASEGURADO** el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima en exceso que hubiera pagado el **ASEGURADO**.

8.2.5. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del **ASEGURADO** se estuviese pagando una prima inferior a la que correspondiera por la edad real, la obligación de la **ASEGURADORA**, para con ese **ASEGURADO** será igual a la que con la prima pagada hubiere logrado comprar a la edad real.

CLÁUSULA 9ª. PRIMA

9.1. La primera prima de esta Póliza será la suma de las primas correspondientes a cada uno de los **ASEGURADOS**, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad a la fecha de emisión, y se considera vencida y pagadera en su totalidad, en el momento de la celebración del Contrato, salvo pacto en contrario.

9.2. Si el **ASEGURADO** opta por el pago fraccionado de la prima, dichos pagos deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un (1) mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, según se indica en el Certificado Individual.

9.3. Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la **ASEGURADORA**, contra entrega del recibo correspondiente.

9.4. En caso que el cargo no se realice con tal frecuencia por causas imputables al **ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la fracción de prima correspondiente en las oficinas de la **ASEGURADORA**, o pagado en la cuenta que le indique ésta última. El comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

9.4.1. Se entenderán como causas imputables al **ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

9.4.2. En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta tanto la **ASEGURADORA** no entregue el recibo de pago de sus primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena de pago de la prima.

9.5. Si el **ASEGURADO** o el **CONTRATANTE** omiten tal obligación, el Contrato de Seguro quedará suspendido en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia, según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera siguiente.

9.6. En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los **ASEGURADOS**, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha registrada ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá.

CLÁUSULA 10ª. NULIDAD DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con la *Ley de Seguros de Panamá (Ley No. 12 de 3 de abril de 2012)*, la validez de la presente Póliza está sujeta al pago de la prima por parte del **CONTRATANTE** ya sea al contado o de manera fraccionada. Cualquiera que sea la forma de pago, el **CONTRATANTE** deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la Póliza. El incumplimiento de dicha obligación conlleva la nulidad absoluta del presente Contrato de Seguro, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la Póliza nunca entró en vigencia.

CLÁUSULA 11ª. PERIODO DE GRACIA Y SUSPENSIÓN DE COBERTURA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Cuando el **CONTRATANTE** haya efectuado el pago de la primera fracción de 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 en la Póliza correspondiente, 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 (60) 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 dispone la Cláusula Décimo Segunda siguiente.

Cuando el Certificado Individual no determine la existencia de un periodo de gracia, se entenderá por tal los treinta (30) días calendario, siguientes a la fecha en que el **CONTRATANTE** debió realizar el pago, según lo dispuesto en el Certificado Individual. En caso de diferencia entre el término de periodo de gracia en estas Condiciones Generales, el Certificado Individual y la ley, se tendrá por válido aquel que se más beneficioso al **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA 12ª. AVISO DE CANCELACIÓN.

De conformidad con la *Ley de Seguros de Panamá (Ley No. 12 de 3 de abril de 2012)*, en caso de cancelación, la misma será notificada mediante aviso por escrito enviado al **CONTRATANTE**, con una anticipación de quince (15) días hábiles, a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el Certificado Individual o en el expediente.

CLÁUSULA 13ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

La Validez del Contrato de Seguro, está sujeta al pago de la Prima por parte del **CONTRATANTE**, conforme a lo establecido en el Certificado Individual. Una vez hecho el pago de la prima, este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en el Certificado Individual de esta Póliza, siempre que el **CONTRATANTE** se mantenga al día en el

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales

pago de la Prima y la cobertura no entre en Suspensión, hasta la terminación prevista o anticipada del Contrato, de conformidad con la Ley de Seguros y este Contrato.

CLÁUSULA 14ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

14.1. Cualquier modificación a esta Póliza se hará por escrito y por acuerdo del **CONTRATANTE** y la **ASEGURADORA**. Dichas modificaciones se harán constar mediante Endosos o Cláusulas adicionales que serán firmadas por un funcionario autorizado de la **ASEGURADORA**.

14.2. Sólo tendrán validez las modificaciones por escrito que se hagan a estas Condiciones Generales, por medio de textos contenidos en Cláusulas o Endosos previamente registrados en la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá. En consecuencia, ni los agentes, ni corredores, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

CLÁUSULA 15ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

1. El **CONTRATANTE**, el **ASEGURADO**, y el **TITULAR** están obligados a declarar por escrito a la **ASEGURADORA**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

2. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, implica la nulidad del contrato, según lo establecido en el Artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá, aunque no hayan influido en la realización de un siniestro.

CLÁUSULA 16ª. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA Y DE LOS ASEGURADOS

En caso de un reclamo, a solicitud de la **ASEGURADORA**, que conlleve a la pérdida de cualesquiera derechos derivados del presente seguro, el **CONTRATANTE** de la Póliza y los **ASEGURADOS** deberán obligarse a:

- rendir con exactitud y certeza cualquier declaración requerida por la **ASEGURADORA** de manera que pueda comprobarse el derecho a compensación con respecto a la condición de invalidez, y
- suministrar cualquier documentación adicional que la **ASEGURADORA** pueda requerir para su comprobación.

En las coberturas adicionales de invalidez la **ASEGURADORA** se reserva el derecho total e incondicional de comprobar la condición de salud de los **ASEGURADOS** mediante los médicos que tenga a bien asignar.

CLÁUSULA 17ª. NOTIFICACIONES

17.1. Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la **ASEGURADORA** por escrito, precisamente en la dirección, indicada en el Certificado Individual de esta Póliza; en tanto que a cualquiera de los **ASEGURADOS**, las notificaciones serán hechas al **CONTRATANTE**, a la dirección de calle, apartado, correo electrónico o cualquiera que conste en el Certificado Individual o en el expediente de la Póliza.

17.2. En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la **ASEGURADORA** llegare a ser diferente de la que conste en el Certificado Individual de la Póliza expedida, ésta deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** su nueva dirección en la República de Panamá, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la **ASEGURADORA** y para cualquier otro efecto legal.

CLÁUSULA 18ª. COMPETENCIA

18.1. En caso de controversia, el reclamante deberá acudir ante los Tribunales de Justicia de la Ciudad de Panamá, República de Panamá. Lo anterior dentro del término de un (1) año, a partir del día en que la obligación sea exigible, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1650 del Código de Comercio de la República de Panamá.

18.2. La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias contempladas en el Artículo 1649-A del citado Código.

CLÁUSULA 19ª. PRESCRIPCIÓN

19.1. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en un (1) año contado en los términos del artículo 1650 del Código de Comercio de la República de Panamá, desde el día en que la obligación sea exigible.

19.2. La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias contempladas en el artículo 1649-A del Código de Comercio.

CLÁUSULA 20ª.- TERRITORIALIDAD.

El presente Contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales con excepción de aquellos territorios en que exista un conflicto bélico de cualquier naturaleza, durante el período en que un **ASEGURADO** solicite indemnización bajo la cobertura de esta Póliza.

CLÁUSULA 21ª.- CARENCIAS DE RESTRICCIONES.

Este Contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida de los **ASEGURADOS**, posteriores a la contratación de la Póliza.

CLÁUSULA 22ª.- COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS JURÍDICAS.

22.1. Durante la vigencia de la Póliza, el **ASEGURADO** o **CONTRATANTE** podrá solicitar por escrito a la **ASEGURADORA** que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de honorario o comisión corresponda al Corredor, Agente o Canal de Comercialización, por su intervención como Mediador en la celebración de este contrato.

22.2. La **ASEGURADORA** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, a las direcciones estipuladas en el Certificado Individual, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.