

**SEGURO INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA PRIMERA.- CONTRATO.**

Forma parte de este Contrato y constituye prueba del mismo, las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de esta Póliza, así como los Endosos 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 SEGUNDA.- VIGENCIA.

La Validez del Contrato de Seguro, está sujeta al pago de la Prima por parte del **CONTRATANTE**, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares. Una vez hecho el pago de la prima, este Contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en las Condiciones Particulares, siempre que el **CONTRATANTE** se mantenga al día en el 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 TERCERA.- 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.

B. Terminación Automática

Esta póliza quedará automáticamente terminada al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. Fallecimiento del Titular.**
- 2. Que no se encuentre amparado, por lo menos, el Titular o su Cónyuge.**
- 3. La cobertura correspondiente a cada asegurado terminará cuando cumpla sesenta y nueve (69) años de edad.**
- 4. Una vez cumplidas las formalidades exigidas en la Ley 12 del 3 de abril del 2012.**

CLÁUSULA CUARTA.- DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.**A. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD (IDHe).**

La **ASEGURADORA** se obliga a pagar el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en las Condiciones Particulares, si el asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta por la póliza.

B. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA (BTIe).

La **ASEGURADORA** pagará el Doble de la Indemnización Diaria de la cobertura "A. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad", en caso que el asegurado sea hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva, sujeto al período de espera, límite

y deducible indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

C. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (IDHa).

La **ASEGURADORA** pagará el Doble de la Indemnización Diaria de la cobertura "A. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad", sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en las Condiciones Particulares, si el asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza.

D. PERIODO DE ESPERA.

A falta de una declaración específica en las Condiciones Particulares, el periodo de espera para todas las coberturas se estipula en treinta (30) días para hospitalizaciones a consecuencia de una enfermedad y de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones por condiciones preexistentes.

E. DEDUCIBLE

El deducible se establece en las Condiciones Particulares de la póliza y se indica como la cantidad de noches que el asegurado duerme en condición de hospitalizado que están a su propio cargo y por los cuales el **ASEGURADO** no tiene derecho a indemnización.

F. PERIODO DE BENEFICIO.

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar se contarán el número de noches que el **ASEGURADO** duerme en condición de hospitalizado, descontando los días de deducible a cargo del Asegurado y sujeto al límite de indemnización

G. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS.

1. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando, ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a un (1) año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo del beneficio en días. Igualmente aplica para hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido doce (12) meses desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).

H. RESPONSABILIDAD MÁXIMA.

La responsabilidad de la ASEGURADORA, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para cada una de estas coberturas.

CLÁUSULA QUINTA.- OMISIONES O INEXACTAS 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 SEXTA.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

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**.

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 SÉPTIMA.- NOTIFICACIONES.

1. Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la **ASEGURADORA** por escrito, precisamente en su domicilio social, indicado en las Condiciones Particulares 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 las Condiciones Particulares o en el expediente de la Póliza.

2. En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la **ASEGURADORA** llegare a ser diferente de la que conste en las Condiciones Particulares 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 OCTAVA.- CONTROVERSIAS.

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.

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

CLÁUSULA NOVENA.- MONEDA.

Todos los pagos relativos a este Contrato, el pago de la prima, como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, tanto por el **ASEGURADO** como por la **ASEGURADORA**, son pagaderos en Dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América, a menos que se indique otra moneda en las Condiciones Particulares, en cuyo caso, prevalecerá la ésta.

CLÁUSULA DÉCIMA.- PRIMAS.

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.

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 las Condiciones Particulares.

3. Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la **ASEGURADORA** o en los lugares y fechas que esta designe, contra entrega del recibo correspondiente.

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 abonando en la cuenta que le indique ésta última. El comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

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.

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.

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 Segunda siguiente.

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 DÉCIMO PRIMERA. 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 DÉCIMO SEGUNDA.- PERIODO DE GRACIA Y SUSPENSIÓN DE COBERTURA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

1. De conformidad con la *Ley de Seguros de Panamá* (Ley No. 12 de 3 de abril de 2012), cuando el **CONTRATANTE** se atrase, por más del término del periodo de gracia, en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico de suspender la cobertura de la póliza.

2. Se entiende por periodo de gracia los *treinta (30) días - calendario*, siguientes a la fecha en que el contratante debió realizar el pago según lo previsto en esta Póliza.

3. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que:

- 3.1. Cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse la Póliza; o
- 3.2. Hasta que la Póliza sea cancelada.
- 3.3. Finalice el período máximo de suspensión de 60 días calendario.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- 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 las Condiciones Particulares o en el expediente.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- PRESCRIPCIÓN.

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.

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- 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 DÉCIMO SEXTA.- 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 DÉCIMO SÉPTIMA.- COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS JURÍDICAS.

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.

2. La ASEGURADORA proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, a las direcciones estipuladas en las

Condiciones Particulares, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA.- EXCLUSIONES.

A. Esta Póliza no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- 1.1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el ASEGURADO.
- 1.3. Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del ASEGURADO cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.

2. Salvo pacto contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen mientras el Asegurado participe en actividades como:

- 2.1. Aviación Privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.
- 2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- 2.3. Conducción de motocicletas, motonetas, cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticas.

- 2.4. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- 2.5. Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

B. Esta Póliza no indemnizará por hospitalización a consecuencia de:

- 1. Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que inicie la vigencia de la cobertura con respecto a cada ASEGURADO.
- 2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
- 3. Afecciones propias del Embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes cubiertos.
- 4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a Amigdalitis, Adenoiditis o Hernias, salvo que el ASEGURADO haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporciones el tratamiento en cuestión.
- 5. Tratamientos 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. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
- 7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check-up".
- 8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
- 9. Tratamientos de enfermedades que son transmitidas sexualmente.
- 10. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causado como resultado de actos propios del ASEGURADO o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- 11. Padecimientos preexistentes y los accidentes derivados de los mismos.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA.-
DEFINICIONES.**

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

- 1. **ACCIDENTE CUBIERTO:** Toda lesión corporal sufrida por el ASEGURADO como consecuencia directa de una

causa súbita, externa, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el **ASEGURADO**.

2. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que ha quedado amparado bajo los beneficios de la póliza, la cual puede tener el carácter de:

- 2.1. **TITULAR:** cuando así aparezca en la Condiciones Particulares de la Póliza; o de
- 2.2. **FAMILIAR o Dependiente:** cuando aparezca en las Condiciones Particulares o en el endoso de la inclusión de familiares o Dependientes y en el certificado correspondiente.

3. **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.

4. **CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica que celebra el Contrato de Seguro con la **ASEGURADORA**.

5. **ENFERMEDAD CUBIERTA:** Toda alteración de la salud sufrida por el **ASEGURADO**, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

6. **ESPECIALISTA:** Significa un médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta póliza.

7. **HOSPITAL:** Cualquier institución pública o privada legalmente autorizada para prestar servicios

8. hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico, acreditado como tal.

9. **MÉDICO:** Significa toda persona que esté debidamente titulada como médico y legalmente autorizada por las autoridades competentes para ejercer la medicina.

10. **PADECIMIENTO PREEXISTENTE:** Cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inicia la cobertura para cada **ASEGURADO**:

Fue de los que por sus síntomas no pudieron pasar desapercibidos,
Fue aparente a la vista ó,
Fue diagnosticado por un médico.

CLÁUSULA VIGESIMO.- AVISO.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificada a la **ASEGURADORA**, dentro de los cinco (5) 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 de la República de Panamá, 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.

CLÁUSULA VIGESIMO PRIMERA.- PRUEBAS.

El reclamante presentará a la **ASEGURADORA**, además de las formas de declaración del siniestro que esto le proporcione, todas las pruebas relacionadas indicadas que razonablemente requiera la **ASEGURADORA** para analizar y comprobar el reclamo. La **ASEGURADORA** tendrá derecho, siempre que

la 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.

CLÁUSULA VIGESIMO SEGUNDA.- 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 del reclamo.

CLÁUSULA VIGESIMO TERCERA.- DEDUCCIONES.

Cualquier prima vencida y no pagada, podrá ser deducida de cualquier indemnización a que tenga derecho un **ASEGURADO**.

CLÁUSULA VIGESIMO CUARTA.- OTROS SEGUROS.

En caso de cualquier **ASEGURADO** esté cubierto bajo más de una Póliza de este tipo emitida por la **ASEGURADORA**, se considerará asegurado a esa persona únicamente por la Póliza que provea la 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 las situaciones descritas, la **ASEGURADORA** devolverá íntegramente el monto que haya pagado al **CONTRATANTE** por concepto de primas correspondientes respecto de las otras Pólizas de este tipo que la **ASEGURADORA** haya emitido.

PROCEDIMIENTOS

CLÁUSULA VIGESIMO QUINTA.- INCLUSIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS.

1. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos por la **ASEGURADORA** para ser **DEPENDIENTE**, podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante la solicitud del **CONTRATANTE** y la aceptación expresa de la **ASEGURADORA**.

2. Toda persona que se incluya en calidad de **DEPENDIENTE** dentro de esta Póliza debe ser menor de 18 años.

CLÁUSULA VIGESIMO SEXTA.- EXCLUSION DE ASEGURADOS.

Se excluirán de esta póliza, a partir de la siguiente renovación, el **DEPENDIENTE** del **TITULAR** que:

- a) **Contraiga Matrimonio;**
- b) **Cumplan dieciocho (18) años de edad, estén casados y/o sean independientes económicamente;**
- c) **O cumplan veinticuatro (24) años de edad, en caso de ser estudiantes y solteros;**
- d) **Obtengan ingresos por trabajo personal, y**
- e) **Dejen de depender económicamente de él.**

CLÁUSULA VIGESIMO SEPTIMA.- RENOVACIÓN.

1. Esta póliza será renovada automáticamente por períodos de un (1) mes, para cada uno de los **ASEGURADOS**, hasta la edad de sesenta y ocho (68) 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.

2. En todo caso, la falta de pago de la prima o primera fracción de la prima, según lo pactado en las Condiciones Particulares de esta póliza, conlleva la nulidad absoluta del Contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

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 las condiciones Particulares de la Póliza. Recibo que se tendrá como prueba fehaciente de la renovación.

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.

**CLÁUSULA VIGESIMO OCTAVA.-
ELEGIBILIDAD POR EDAD.**

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

1.1. ASEGURADO- TITULAR:

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

Máxima edad de aceptación: Sesenta y cinco (65) años.

Máxima edad de permanencia: Sesenta y nueve (69) años.

1.2. ASEGURADO- FAMILIAR:

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

Máxima edad de aceptación: Sesenta y cinco (65) años.

Máxima edad de permanencia: Sesenta y nueve (69) años.

1.3. ASEGURADO- DEPENDIENTE:

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

Máxima edad de aceptación: Diecisiete (17) años.

Máxima edad de permanencia: Ver Cláusula Vigésimo Sexta.

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.

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.

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**.

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.

Por la Compañía,

