

SEGURO ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL INDIVIDUAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA N° 1 DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de esta Póliza, se entiende por:

1. **COMPAÑÍA: BANESCO SEGUROS, S.A.**, parte que asume los riesgos objeto de esta Póliza y se encuentra plenamente identificada en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza y en los endosos.
2. **CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que en virtud de esta Póliza traslada a la **COMPAÑÍA** el o los riesgos que constituyen el objeto de esta Póliza y se obliga al pago de la prima. El **CONTRATANTE** se encuentra plenamente identificado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza, que es parte integrante de la presente Póliza. Igualmente, se entiende que el **CONTRATANTE** actúa en nombre propio, excepto que de otra manera se especifique en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza.
3. **ASEGURADO:** Persona que está expuesta a él o los riesgos objeto de esta Póliza. El **ASEGURADO**, en caso de no ser la misma persona que el **CONTRATANTE**, se encuentra plenamente identificado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza.
4. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica en cuyo beneficio el **ASEGURADO** ha establecido la indemnización que pagará la **COMPAÑÍA**. El **BENEFICIARIO** se encuentra plenamente identificado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza. En caso de pluralidad de **BENEFICIARIOS**, esta definición y su referencia en singular se aplicará a todos ellos. Las clasificaciones permitidas serán Beneficiario Principal y Beneficiario Contingente; pueden haber pluralidad de **BENEFICIARIOS** en ambas clasificaciones.
5. **BENEFICIARIO CONTINGENTE:** Persona o personas designadas para recibir la prestación por fallecimiento en caso de que el Beneficiario Principal halla fallecido para el momento de la reclamación o durante dicho proceso.
6. **PARTES DE LA PÓLIZA:** La **COMPAÑÍA**, el **CONTRATANTE** y asegurado. Además de las partes señaladas forman parte de la Póliza.
7. **CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA:** Documento que debidamente firmado por las partes de esta Póliza, forma parte integrante del mismo. En las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza se especifican y señalan datos fundamentales de la Póliza, tales como la identificación del **CONTRATANTE**, del **ASEGURADO**, del **BENEFICIARIO**, número de Póliza, número de certificado, la suma asegurada, cantidad de pago de prima entre otros.
8. **PRIMA:** Contraprestación que debe pagar el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** a la **COMPAÑÍA** convenida entre las partes en virtud de la

celebración del presente seguro, la cual se determina en función del riesgo, la edad, por estado de salud y sobre la base de las declaraciones efectuadas por el **ASEGURADO** y demás declaraciones que hayan servido para su evaluación.

9. **PRIMA DE EMISION:** Primera fracción de prima pagadera a la firma de la Póliza, y que su falta de pago implica que esta Póliza no entre en vigencia.
10. **SUMA ASEGURADA:** Es el monto contratado de indemnización, que se establece de común acuerdo entre la **COMPAÑÍA** y el **ASEGURADO** que constituye la máxima responsabilidad la **COMPAÑÍA** por los riesgos objeto de esta Póliza. El monto de suma asegurada está determinado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza. La modificación de la suma asegurada propuesta por una de las partes requerirá aceptación expresa de la otra parte.

CLÁUSULA N° 2 TOTALIDAD DEL ACUERDO

Forman parte de la Póliza:

- La Solicitud de Seguro y los cuestionarios de seguro que hayan servido para la evaluación del riesgo debidamente firmados por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**.
- Los exámenes médicos exigidos por la **COMPAÑÍA**, en aquellas circunstancias que se requieran.
- Cualquier otro documento que sea necesario al momento de solicitar o suscribir la Póliza, al solicitar la inclusión de nuevos **ASEGURADOS**, al modificar el riesgo, al requerir el pago de cualquier beneficio contemplado en esta Póliza.
- Las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza debidamente firmadas por las partes.
- Las **CONDICIONES GENERALES** contenidas en este documento.
- Los endosos, de haberlos, en los cuales se modifican las condiciones establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** o en las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de discrepancia, lo establecido en los endosos 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 de la Póliza y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación a su objeto.

CLÁUSULA N° 3 DECLARACIONES FUNDAMENTALES

Todas las declaraciones efectuadas por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro y en las pruebas de asegurabilidad que hayan servido para la evaluación del riesgo son fundamentales a los efectos de esta Póliza, y fueron

esenciales en la formación de la voluntad de la **COMPAÑÍA** para la celebración de la misma 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 o incompleta, la **COMPAÑÍA** no hubiese celebrado esta Póliza o lo hubiese hecho de manera distinta, por lo que estas circunstancias causarían la nulidad absoluta de esta Póliza.

CLÁUSULA N° 4 OBJETO DE LA PÓLIZA

Mediante esta Póliza la **COMPAÑÍA** se compromete a cubrir los riesgos señalados en estas **CONDICIONES GENERALES**, en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza y en los endosos y a indemnizar al **ASEGURADO** o **BENEFICIARIO** hasta las sumas aseguradas indicadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza o prestar el o los servicios al **ASEGURADO**, según corresponda, en la forma estipulada en esta Póliza.

CLÁUSULA N° 5 DURACIÓN DE LA PÓLIZA

La **COMPAÑÍA** asume los riesgos cubiertos por esta Póliza de conformidad con los términos y condiciones establecidos la misma a partir de las 12m de la fecha de su suscripción, siempre y cuando se haya pagado la **PRIMA DE EMISION** y durante la vigencia de la Póliza indicada en la sección Datos de la Póliza en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza.

La celebración de la Póliza se producirá una vez que el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** notifique su consentimiento a una proposición de la **COMPAÑÍA** o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**, según corresponda.

CLÁUSULA N° 6 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El **CONTRATANTE** y el **ASEGURADO**, en caso de no ser la misma persona, tienen la obligación de notificar las modificaciones del riesgo amparado o de las circunstancias que permitieron determinarlo ocurridas durante la **DURACIÓN DE LA PÓLIZA**. Se consideran hechos que agravan el riesgo, y deben por tanto ser notificados a la **COMPAÑÍA**, toda modificación en las circunstancias que se declararon en la Solicitud de Seguro, en los cuestionarios, declaraciones, exámenes, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo.

Si las circunstancias antes referidas dependen de la voluntad del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**, según el caso, la notificación deberá efectuarse con treinta (30) días continuos de anticipación a que se produzca, pudiendo la **COMPAÑÍA** rechazar la agravación del riesgo y dar por resuelta esta Póliza, devolviendo al **CONTRATANTE** la parte no consumida de la prima neta de la comisión pagada al corredor de seguros, o proponer la modificación de la Póliza. En este caso,

notificado el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** de las modificaciones propuestas, el mismo debe responder si las acepta o no en un plazo de (30) días continuos, y de no hacerlo se entenderá que las modificaciones propuestas han sido rechazadas quedando rescindida esta Póliza. En este caso, la **COMPAÑÍA** reintegrará al **CONTRATANTE** la parte no consumida de la prima deducida la comisión pagada al corredor de seguros.

Cuando la agravación del riesgo no dependa de la voluntad del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO** según el caso, la notificación deberá practicarse dentro de los quince (15) días continuos siguiente a la fecha en que hubiere tenido conocimiento, disponiendo la **COMPAÑÍA** de un plazo de treinta (30) días continuos para proponer la modificación de la Póliza o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al **CONTRATANTE** éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que la Póliza ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo, debiendo la **COMPAÑÍA** devolver al **CONTRATANTE** la parte no consumida de la prima, deducida la comisión pagada al corredor de seguros.

CLÁUSULA N° 7 RENOVACIONES

La Póliza se renovará automáticamente al finalizar cada período de duración de la Póliza por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar mediante notificación dirigida al domicilio indicado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza efectuada con al menos treinta (30) días continuos de anticipación al vencimiento del período de duración de la Póliza. 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 de renovación.

La renovación de la Póliza no se emitirá en cualquiera de las otras circunstancias establecidas en la Cláusula 15. **TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.**

CLÁUSULA N° 8 PRIMA

El **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** deberá realizar el pago de la **PRIMA DE EMISIÓN** al momento de la notificación de aceptación del riesgo por parte de la **COMPAÑÍA**, y las primas posteriores de acuerdo a la forma de pago establecida en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza salvo que se estipule lo contrario en un endoso de esta Póliza.

El pago de la prima en el tiempo requerido es responsabilidad del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**.

Las partes establecen como lugar de pago la Oficina Principal de la **COMPAÑÍA** o la dirección de cualquier Sucursal de la **COMPAÑÍA**.

El pago de la prima conserva la Póliza en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según se haga constar en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza.

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los **ASEGURADOS** y vence en el momento de la suscripción de la Póliza.

Si el **CONTRATANTE** opta por el pago fraccionado de la prima, dichos pagos deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al **CONTRATANTE**.

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las condiciones de esta Póliza, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la **COMPAÑÍA**, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por la **COMPAÑÍA**.

La falta de pago de prima en la fecha de su exigibilidad, dará derecho a la **COMPAÑÍA**, a exigir el cumplimiento de la Póliza mediante el pago de la misma. Para la rescisión de esta Póliza por falta de pago de prima, deberá haber transcurrido el período de gracia, el período de suspensión y haber enviado el aviso de cancelación al **CONTRATANTE** o al **ASEGURADO**, en la forma establecida en estas **CONDICIONES GENERALES**, a partir de cuya fecha quedará resuelta la Póliza. 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 esta Póliza por falta de pago de prima de la forma que se ha detallado en este inciso.

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** o del **ASEGURADO** a no renovar la Póliza.

CLÁUSULA N° 9 PERÍODO DE GRACIA

El **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** contará con un período de gracia de treinta (30) días continuos, independientemente de la frecuencia o forma de pago, para el pago de cualquier prima periódica vencida sin cobro de intereses. Este período de gracia, empieza a correr a partir de la fecha de vencimiento de las primas pactadas en esta Póliza.

La falta de pago de cualquier prima a su vencimiento o en el período de gracia, constituye un incumplimiento de la Póliza por parte del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO** y originará que esta póliza entre en período de suspensión, el cual se detalla en la CLÁUSULA 10. PERÍODO DE SUSPENSIÓN Y TERMINACIÓN POR MOROSIDAD de las condiciones de esta Póliza.

De conformidad con lo anterior, cualesquiera pagos que deba efectuar la **COMPAÑÍA** por reclamos que se presenten por siniestros ocurridos durante el período de gracia, estarán supeditados a que el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** efectivamente, cancele a la **COMPAÑÍA** cualesquiera sumas de

dinero que, en concepto de primas, se encuentren pendientes de pago para la fecha de dicho(s) reclamo(s).

En los casos de siniestros ocurridos durante el período de gracia, la **COMPAÑÍA** podrá deducir de la indemnización correspondiente, la prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la Cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** deberá pagar, antes de finalizar el período de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el período de gracia, la Póliza se considerará prorrogada solamente por el período que alcance a cubrir por el monto del siniestro indemnizable.

Queda entendido y convenido que este período de gracia no es aplicable para el pago de la **PRIMA DE EMISIÓN** y las primas que pudieran corresponder en caso de inclusión de coberturas, cláusulas y endosos que ocurran con posterioridad.

CLÁUSULA N° 10 PERÍODO DE SUSPENSIÓN Y TERMINACIÓN POR MOROSIDAD

Vencido el **PERÍODO DE GRACIA** de treinta (30) días, sin que el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** hayan pagado las primas correspondientes, las coberturas por esta Póliza quedarán suspendidas por sesenta (60) días continuos. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta tanto el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** cancelen las sumas adeudadas o hasta que la Póliza sea cancelada, conforme a la Ley vigente.

Las notificaciones de morosidad y el Aviso de Cancelación por incumplimiento o morosidad por parte del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**, se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la **COMPAÑÍA**, con copia al corredor de seguros con una anticipación de quince (15) días hábiles. Luego del tiempo estipulado para la suspensión descrita en el párrafo anterior y envío del Aviso de Cancelación, se entenderá que la Póliza está cancelada de pleno derecho y la **COMPAÑÍA** no tendrá obligación alguna a partir de dicho momento.

En caso que la **COMPAÑÍA** no haga la notificación del Aviso de Cancelación al **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, de conformidad con la Ley vigente, la Póliza subsistirá y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio o las leyes que lo reformen o enmienden.

Cualquier cambio de dirección del **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** deberá ser notificado, por el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** a la **COMPAÑÍA**, de lo contrario se tendrá válido el último que conste en el expediente de esta Póliza.

CLÁUSULA N° 11 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los **BENEFICIARIOS PRINCIPALES** y los **BENEFICIARIOS CONTINGENTES** así como la participación porcentual en la Suma Asegurada que le corresponderá

a cada uno de ellos, serán designados por el **ASEGURADO** en la Solicitud de Seguros.

El **ASEGURADO** tiene el derecho a cambiar de **BENEFICIARIOS PRINCIPALES** y **CONTINGENTES** 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 esta Póliza, se hará en partes iguales si no hay estipulación en contrario.

En caso que, para algún **BENEFICIARIO PRINCIPAL** designado, se verificare alguno de los siguientes eventos al momento del pago de la reclamación:

1. Halla fallecido para el momento de la reclamación o durante dicho proceso;
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 PRINCIPALES**.

En caso de que alguno de los eventos anteriores se verifique para la totalidad de los **BENEFICIARIOS PRINCIPALES**, la Suma Asegurada se pagará a los **BENEFICIARIOS CONTINGENTES** designados. Si no se designan **BENEFICIARIOS CONTINGENTES** la Suma Asegurada se pagará, según lo establecido, a los herederos legales que determine un Juzgado Civil mediante resolución en firme y ejecutoriada.

En caso que los beneficiarios designados 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 fecha de la resolución en firme y ejecutoriada por parte de un Juzgado Civil, considerando a éstos como sus **BENEFICIARIOS** y quedando la **COMPAÑÍA** exenta de toda responsabilidad para con aquellos herederos legales que no hubieren concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios.

CLÁUSULA N° 12 NOTIFICACIONES

Las notificaciones que las partes deban o deseen hacerse en virtud de esta Póliza 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 las direcciones de la **COMPAÑÍA**, del **CONTRATANTE** y **ASEGURADO** especificadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza.

En caso de que en esta Póliza esté participando uno o varios corredores de seguros, sus nombres e identificaciones se indicarán en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza. 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 la que dichas comunicaciones estén dirigidas.

CLÁUSULA N° 13 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

La **COMPAÑÍA** no estará obligada al pago de la indemnización o no prestará los servicios cuando:

1. El siniestro haya sido ocasionado por culpa grave 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 de la presente Póliza.
2. El siniestro haya sido ocasionado por dolo del **CONTRATANTE**, del **ASEGURADO**, del **BENEFICIARIO** o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos.
3. El **CONTRATANTE**, 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 32. TRÁMITES PARA LA RECLAMACIÓN** de estas Condiciones.
4. El siniestro se inicie antes que la presente Póliza, aun cuando continúe después de que el o los riesgos que constituyen su objeto hayan comenzado a correr por cuenta de la **COMPAÑÍA**.
5. 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 esta Póliza 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 esta Póliza.
6. El **ASEGURADO** no presentare, en el plazo para ello estipulado en esta Póliza, la información solicitada por la **COMPAÑÍA** para la indemnización del siniestro.
7. El **ASEGURADO** incumpliere las obligaciones establecidas en la **CLÁUSULA 30. EXÁMENES MÉDICOS**, si dicho incumplimiento se presentare antes de la ocurrencia de un siniestro; si se presentare después, la **COMPAÑÍA** quedará exonerada de responsabilidad por ese siniestro quedando a salvo el ejercicio de las acciones que por daños y perjuicios pudiese intentar.
8. Se presente cualquier otra circunstancia establecida en estas condiciones como causales de exoneración de responsabilidad de la **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA N° 14 MONEDA

Los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** o por parte de la **COMPAÑÍA**, se efectuarán en Balboas, moneda

de curso legal de la República de Panamá, la cual está a la par y es de libre cambio con el Dólar de los Estados Unidos de América.

CLÁUSULA N° 15 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Causales de Terminación o Cancelación. La presente Póliza terminará:

- 1. Si a la COMPAÑÍA le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerada esta Póliza. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada al CONTRATANTE o al ASEGURADO de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del CONTRATANTE o del ASEGURADO dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.**
- 2. Cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO manifiesten su deseo de no continuar con la Póliza.**
- 3. Cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO manifieste su decisión de no renovar la Póliza, mediante aviso por escrito recibido por la COMPAÑÍA con treinta (30) días continuos como mínimo de anticipación a la terminación de la Duración de la Póliza.**
- 4. Cuando el ASEGURADO PRINCIPAL pierda su condición de persona asegurable, terminando los beneficios del seguro tanto para él, como para los demás ASEGURADOS.**
- 5. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad, vencido el período de gracia, vencido el período de suspensión y que el ASEGURADO haya recibido el Aviso de Cancelación por parte de la COMPAÑÍA.**
- 6. Por fallecimiento del ASEGURADO o por la ocurrencia de alguna de las condiciones señaladas en esta Póliza como causa u origen de terminación de la Póliza.**
- 7. Declaración falsa o inexacta por parte del CONTRATANTE o del ASEGURADO.**

CLÁUSULA N° 16 LEY APLICABLE, JURISDICCIÓN Y ARBITRAJE

Las disputas o divergencias en la interpretación, aplicación y ejecución de esta Póliza se someterán según las Leyes y a la jurisdicción de los Tribunales de Justicia de la República de Panamá.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo y por escrito, someter sus controversias o arbitraje en derecho o en equidad, si lo consideran conveniente a sus intereses.

CLÁUSULA N° 17 PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS

Las acciones derivadas de esta Póliza prescriben en un año (1) año contado a partir de la ocurrencia del siniestro que dio nacimiento a la obligación de la COMPAÑÍA.

CLÁUSULA N° 18 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 N° 19 PRUEBA DE ENTREGA Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMAR

La firma, por parte de la **COMPAÑÍA**, del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, de las **CONDICIONES GENERALES**, de las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza y de los endosos, de haberlos, hacen plena prueba de la entrega al **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** de esta Póliza así como del cumplimiento por parte de la **COMPAÑÍA** de su obligación de informar al **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** sobre la extensión de los riesgos asumidos en virtud de esta Póliza.

ESPECIFICACIONES DEL PRODUCTO

CLÁUSULA N° 20 COMPROMISO DE LA COMPAÑÍA

La **COMPAÑÍA** se compromete a indemnizar al **ASEGURADO PRINCIPAL** o a los **BENEFICIARIOS**, según sea el caso, hasta la Suma Asegurada para cada Cobertura indicada en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza con sujeción a los términos y condiciones establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** y endosos de esta Póliza, por las lesiones sufridas por el **ASEGURADO** como consecuencia directa de los riesgos cubiertos que sean resultado de un accidente ocurrido durante la duración de la Póliza.

CLÁUSULA N° 21 DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se entiende por:

1. **ASEGURADO PRINCIPAL: ASEGURADO** que tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar por esta Póliza, quien ejercerá los derechos de los **ASEGURADOS** ante la **COMPAÑÍA**.
2. **ACCIDENTE**: Lesión corporal sufrida por el **ASEGURADO**, directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, súbita, fortuita y ajena a su voluntad. Las consecuencias inmediatas o directas de dichas lesiones, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente.
3. **ENFERMEDAD**: Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico o quirúrgico. Las consecuencias inmediatas o directas de dichas alteraciones de la salud, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad.

4. **LESIÓN:** Todo daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible ocurrido al **ASEGURADO** y que sea constatable por un médico.
5. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o secuela de enfermedad o accidente que pueda comprobarse que haya sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la Póliza o de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, y sea conocida por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**.
6. **PLAN:** Nombre o código de identificación que se asigna a la descripción de coberturas específicas que incluye las sumas aseguradas y demás condiciones definidas en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza.
7. **MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en el Ministerio encargado de la salud o en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del **ASEGURADO**. No están incluidos dentro de esta definición otros profesionales como trabajadores sociales o terapeutas, entre otros, aún si son titulados.
8. **PÉRDIDA POR INVALIDEZ PERMANENTE:** Amputación o inutilización total e irreparable del miembro o parte del cuerpo afectada.
9. **GRADO DE INVALIDEZ:** Constituye el nivel de pérdida funcional o anatómica de las facultades del **ASEGURADO** para ejercer sus labores cotidianas, como consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza.
10. **ACCIDENTE DURANTE LA VIDA PROFESIONAL:** Accidente ocurrido al **ASEGURADO** mientras se encuentre desempeñando funciones propias de la actividad profesional declarada.
11. **ACCIDENTE DURANTE LA VIDA PRIVADA:** Accidente ocurrido al **ASEGURADO** mientras no se encuentre desempeñando funciones propias de su actividad profesional declarada.

CLÁUSULA N° 22 COBERTURAS

Las coberturas de ésta Póliza para cada **ASEGURADO** son aquellas, de las indicadas a continuación, que figuren en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza y para las cuales se haya pagado la prima correspondiente.

I. MUERTE ACCIDENTAL

Si a consecuencia de un accidente sufrido por el **ASEGURADO** y amparado por esta Póliza, le sobreviene la muerte dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días continuos siguientes a la ocurrencia del mismo, la **COMPAÑÍA** pagará a los **BENEFICIARIOS** la Suma Asegurada vigente para el momento del accidente.

La **COMPAÑÍA** pagará a los **BENEFICIARIOS** la Suma Asegurada vigente para el momento del fallecimiento del **ASEGURADO** en los casos en que éste haya sido víctima de un homicidio culposo o cuando haya sido víctima de un homicidio

doloso siempre que en este caso, el(los) victimario(s) sean distintos a el(los) **BENEFICIARIO(S)**.

II. INVALIDEZ PERMANENTE

Si a consecuencia de un accidente sufrido por el **ASEGURADO** y amparado por esta Póliza, le sobreviene, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días continuos siguientes a la ocurrencia del mismo, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la siguiente Escala de Indemnizaciones, la **COMPAÑÍA** indemnizará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala a la Suma Asegurada que corresponda a esta cobertura para el momento de la ocurrencia del accidente.

La indemnización de lesiones no incluidas en la Escala de Indemnizaciones, pero que sean consideradas de carácter permanente a juicio del médico designado por la **COMPAÑÍA**, será determinada en proporción a la disminución de la capacidad funcional causada, considerando lo establecido para los casos previstos.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, además de que su condición debe ser irreparable, a juicio del médico que designe la **COMPAÑÍA**, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días continuos contados desde la fecha del accidente.

Si las consecuencias de un accidente fueren agravadas por efecto de una enfermedad o un defecto físico de cualquier naturaleza u origen, desconociendo la **COMPAÑÍA** tal circunstancia, la indemnización se fijará de acuerdo a las consecuencias que, presumiblemente, el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada agravación, salvo que ésta fuere la consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza y ocurrido durante la duración de la misma.

En caso de varias pérdidas o inutilizaciones originadas por un mismo accidente cubierto por esta Póliza, se sumarán los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda nunca exceder de la Suma Asegurada señalada en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza para la cobertura de invalidez permanente.

En caso de que varias pérdidas o inutilizaciones afecten a un mismo miembro, la indemnización total no podrá exceder del valor fijado por la pérdida total de dicho miembro.

Cuando la suma de tales porcentajes sobrepasen el setenta y cinco por ciento (75%), el monto a indemnizar se elevará al noventa por ciento (90%), si tal acumulación es igual o superior al ochenta por ciento (80%), la indemnización será del cien por ciento (100%) de la suma asegurada que corresponda por la cobertura de invalidez permanente.

La invalidez a consecuencia de lesiones en miembros ya imposibilitados antes del accidente dará lugar a indemnización únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare después y antes del accidente.

Si la **COMPAÑÍA** hubiere indemnizado una invalidez parcial y permanente y posteriormente el **ASEGURADO** falleciere dentro del plazo establecido a tales

efectos, a consecuencia de lesiones sufridas en el mismo accidente, el monto correspondiente a la cobertura de muerte accidental para el momento del accidente, se indemnizará sin deducción alguna.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	PORCENTAJE
Lesiones en la médula espinal que imposibiliten permanentemente caminar; Parálisis completa	100%
Enajenación mental absoluta e incurable	100%
Ceguera absoluta de ambos ojos	100%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de ambos brazos, ambas piernas, ambos pies o una mano conjuntamente con una pierna o un pie	100%

INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE	PORCENTAJE
Sordera total bilateral	65%
Pérdida del habla	60%
Pérdida de un ojo con enucleación	50%
Reducción de la visión de ambos ojos en más de 50% cada uno	50%
Pérdida de la visión de un ojo	40%
Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula	40%
Sordera total unilateral	35%
Pérdida total del olfato o del gusto	30%
Pérdida total de un brazo o una mano	70%
Pérdida total de un dedo pulgar o índice	30%
Pérdida total de cualquier otro dedo de una mano	20%
Pérdida de una falange del dedo pulgar	15%
Pérdida de cada falange de cualquier otro dedo	5%
Pérdida total del movimiento del hombro o del codo	40%
Fractura mal consolidada de un brazo, que afecte su movilidad	30%
Fractura mal consolidada del antebrazo, que afecte su movilidad de los dos huesos	30%
Fractura mal consolidada del antebrazo, que afecte su movilidad de un solo hueso	20%
Pérdida total por amputación o inutilización de una pierna por encima de la rodilla	70%
Pérdida total por amputación o inutilización de una pierna por debajo de la rodilla o de un pie	60%
Pérdida total por amputación o inutilización del dedo	20%

gordo del pie	
Pérdida total por amputación o inutilización del cualquier otro dedo del pie	15%
Pérdida total del movimiento de la cadera	65%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	50%
Pérdida total de los movimientos del tobillo	30%
Pérdida total de los movimientos de la articulación subastragalina	20%
Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna que afecte su movilidad	50%
Fractura mal consolidada de un pie que afecte su movilidad	30%

III. ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS

La **COMPAÑÍA** concederá un adelanto de la Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte Accidental hasta el monto indicado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza, al recibo de las debidas pruebas de muerte del **ASEGURADO**, en concepto de adelanto para gastos funerarios.

CLÁUSULA N° 23 COBERTURA PREFERENCIAL

Mediante la contratación de esta cobertura, la **COMPAÑÍA** indemnizará al **ASEGURADO PRINCIPAL** o a los **BENEFICIARIOS**, según sea el caso, hasta la Suma Asegurada para cada Cobertura indicada en las **CONDICIONES PARTICULARES** y endosos de esta Póliza, las consecuencias directas de los riesgos cubiertos que sean resultado de un accidente ocurrido al **ASEGURADO** durante la vida privada o durante la vida profesional, de acuerdo al tipo de Cobertura Preferencial seleccionado el cual está indicado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de esta Póliza.

CLÁUSULA N° 24 EXCLUSIONES

No están cubiertos por ésta Póliza y en consecuencia no darán derecho a indemnización, las reclamaciones que tengan su origen en las condiciones indicadas a continuación, así como sus complicaciones y consecuencias:

1. Cualquier enfermedad corporal o mental o agravamiento de ella y los tratamientos médicos o quirúrgicos, incluyendo la cirugía estética o reconstructiva, que no sean originados a consecuencia de accidentes amparados por esta Póliza.
2. Los casos y consecuencias de desvanecimientos, síncope, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, roturas de aneurismas, várices, SIDA y toda clase de hernias.

3. Los accidentes ocurridos hallándose el **ASEGURADO** bajo el efecto del alcohol, de algún estupefaciente, o de medicamentos sin prescripción médica, a causa de desorden mental o Delirium Tremens.
4. Suicidio o su tentativa u homicidio intencional causado por los **BENEFICIARIOS** de esta Póliza o que se demuestre que éstos están involucrados en el hecho.
5. Intervención del **ASEGURADO** en dueños o riñas, excepto aquellos en los que se compruebe que no han sido provocados por el **ASEGURADO**.
6. Participación del **ASEGURADO** en certámenes de velocidad automotores o náuticos.
7. Participación deportiva del **ASEGURADO** como profesional.
8. Los accidentes causados por actos de guerra (sea declarada o no), invasión, hostilidades u operaciones de guerra, motín, insurrección, rebelión, revolución, conmoción civil, de estados o situaciones similares.
9. Los accidentes ocasionados por reacción y radiación nuclear o contaminación radioactiva.
10. Los accidentes ocasionados por infracción de las leyes vigentes en el país donde ocurran.

CLÁUSULA N° 25 DEVOLUCIÓN DE PRIMA

El fallecimiento de cualquier **ASEGURADO** no obliga a devolución de la prima por parte de la **COMPAÑÍA**. El pago de la prima cesará, en todo caso, en la fecha de exigibilidad de la prima siguiente al fallecimiento del mismo.

CLÁUSULA N° 26 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 esta Póliza, la edad del **ASEGURADO** será la que corresponda al número entero de años cumplidos a la fecha de comienzo o a la fecha de inclusión en esta Póliza, cumpliendo años sucesivamente en la misma fecha de los años subsiguientes.

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

1. Si la edad del **ASEGURADO** a la celebración de la Póliza, hubiera estado fuera de los rangos de elegibilidad establecidos en estas condiciones, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos sin ningún valor para el **ASEGURADO**, y la **COMPAÑÍA** reintegrará al **ASEGURADO** el sesenta y cinco por ciento (65%) de la parte de la prima correspondiente a ese **ASEGURADO**.
2. Si la edad del **ASEGURADO** resultare mayor de la declarada, pero dentro de los rangos de elegibilidad establecidos en estas condiciones, 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 de la Póliza.

3. 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.
4. Si la edad del **ASEGURADO** resultare menor que la declarada, la **COMPAÑÍA** devolverá el exceso de primas cobradas al **ASEGURADO PRINCIPAL** o a los **BENEFICIARIOS**, sin intereses.

La edad máxima de admisibilidad de esta Póliza es setenta (70) años y la edad máxima de permanencia es setenta y cinco (75) años.

CLÁUSULA N° 27 PERSONAS ASEGURABLES

Podrán inscribirse en esta Póliza y ser **ASEGURADOS** las siguientes personas, siempre que al momento de contratación de la Póliza gocen de buena salud, convivan o dependan económicamente del **ASEGURADO PRINCIPAL** y sea pagada la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad:

1. **ASEGURADO PRINCIPAL** menor de setenta (70) años de edad,
2. Cónyuge o la persona con quien el **ASEGURADO PRINCIPAL** mantenga unión estable de hecho, menor de setenta (70) años de edad,
3. Hijos solteros, hijastros e hijos legalmente adoptados, menores de veinticinco (25) años de edad.

La presente Póliza se dará por terminada al final del año póliza en el cual las personas antes indicadas pierdan su condición de personas asegurables.

CLÁUSULA N° 28 INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Las personas asegurables que no hayan sido inscritas en la Póliza al momento de la suscripción de la misma, podrán inscribirse en cualquier fecha posterior, comenzando la efectividad del seguro desde el momento cuando se reciba la Solicitud de Seguro y su inclusión sea aceptada por la **COMPAÑÍA** o en fecha posterior.

La inclusión de un nuevo **ASEGURADO** causa una prima adicional a cargo del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO PRINCIPAL**, cuya falta de pago originará los mismos efectos que la falta de pago de la prima establecida en la CLÁUSULA 8. PRIMA de estas condiciones, con respecto al **ASEGURADO** a ser incluido.

CLÁUSULA N° 29 CAMBIO DE PLAN

El **CONTRATANTE** y el **ASEGURADO PRINCIPAL** tienen el derecho a solicitar por escrito a la **COMPAÑÍA**, treinta (30) días continuos antes del vencimiento de la Póliza, cambios en las Sumas Aseguradas originalmente contratadas. La **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de aceptar o no tal solicitud, quedando sujeto a las condiciones, restricciones y limitaciones de esta Póliza.

CLÁUSULA N° 30 EXAMENES MÉDICOS

Para la suscripción de la Póliza, la **COMPAÑÍA** podrá exigir a quienes aspiren a ser asegurados bajo la misma, que se sometan a un examen médico que será practicado por profesionales señalados por la **COMPAÑÍA**.

Durante la duración de la Póliza, la **COMPAÑÍA** podrá requerir al **ASEGURADO** que se someta, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a su solicitud, a exámenes practicados por médicos señalados por ella, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho **ASEGURADO**, sea antes o con posterioridad a la ocurrencia de un siniestro. Los gastos que ocasione este requerimiento, serán asumidos por la **COMPAÑÍA**.

El **ASEGURADO** deberá suministrar todas las informaciones requeridas por la **COMPAÑÍA** sobre su estado de salud, antes y después de la expedición de la Póliza, y autoriza a los profesionales o instituciones donde hubiera sido tratado, a que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar cabal y completamente la historia clínica en cada caso.

La **COMPAÑÍA** podrá, cuando lo considere necesario, solicitar a su costa la autopsia de cualquier **ASEGURADO**, siempre que no exista prohibición legal al respecto.

CLÁUSULA N° 31 CONTINUIDAD DEL SEGURO

Cualquier **ASEGURADO** distinto del **ASEGURADO PRINCIPAL**, de dieciocho (18) años o más, podrá solicitar por escrito a la **COMPAÑÍA** el deseo de continuar asegurado y suscribir una nueva Póliza, conservando en esa nueva Póliza los derechos adquiridos por él hasta ese momento, en caso de:

1. Fallecimiento del **ASEGURADO PRINCIPAL**, debiendo notificarse a la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días continuos antes del vencimiento de la Póliza, en caso contrario, ésta se dará por terminada y sin efecto a partir de la siguiente renovación.
2. Contraer matrimonio o adquirir independencia económica disponiendo de un lapso de treinta (30) días continuos para suscribir una Póliza por separado.

La **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de aceptar o no tal solicitud.

CLÁUSULA N° 32 TRÁMITES PARA LA RECLAMACIÓN

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización bajo esta Póliza deberá ser notificado por escrito a la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha en que el **ASEGURADO** o los **BENEFICIARIOS** tengan conocimiento de éste, y deberá presentar todos los recaudos del siniestro en un lapso máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos contados a partir de la fecha de la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA N° 33 DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

En caso de fallecimiento accidental:

- a) Certificado de Defunción.
- b) Copia Certificada del Informe Médico Forense.
- c) Copia de la Cédula de Identidad del **ASEGURADO** y/o Certificado de Nacimiento, en caso que el **ASEGURADO** sea menor de edad.
- d) Informe detallado de las autoridades que intervinieron en el accidente.
- e) Formulario de Declaración de Siniestro completamente lleno.

En caso de invalidez permanente, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de determinación de la invalidez:

- a) Informe médico legible y sellado que describa, justifique y certifique la incapacidad emitido por el Consejo Médico de la Caja del Seguro Social.
- b) Radiografías, exámenes de laboratorio y otros documentos que avalen el reclamo.
- c) Copia de la Cédula de Identidad del **ASEGURADO**.
- d) Formulario de Declaración de Siniestro completamente lleno.
- e) Resolución de Pensión por Invalidez emitida por la Caja del Seguro Social.

En caso de adelanto de gastos funerarios los familiares deben presentar la documentación que compruebe su afiliación con el **ASEGURADO** (Certificado de Matrimonio, Certificado de Nacimiento), deben ser familiares en el primer grado de consanguinidad, adicionalmente deben presentar:

- a) Certificado de Defunción del **ASEGURADO**.
- b) Copia de la Cédula de Identidad del **ASEGURADO** y/o Certificado de Nacimiento, en caso que el **ASEGURADO** sea menor de edad.
- c) Formulario de Declaración de Siniestro completamente lleno.

Cualquier otro documento que la **COMPAÑÍA** razonablemente pueda requerir. En los casos que la **COMPAÑÍA** requiera documentos adicionales podrá solicitarlos en una sola oportunidad dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la entrega del último recaudo y los **BENEFICIARIOS** deberán entregar los recaudos dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de solicitud.

CLÁUSULA N° 34 PAGO DE INDEMNIZACIONES

La **COMPAÑÍA**, se compromete a pagar la indemnización que sea procedente conforme a los términos de la presente Póliza, en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos contados a partir del día en que los **BENEFICIARIOS**, o cualquier otra persona que obre por cuenta de éstos, hayan entregado toda la información y documentos solicitados por la **COMPAÑÍA** para liquidar el siniestro. Si posterior al pago de una reclamación la **COMPAÑÍA** llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo a las condiciones de la Póliza, la **COMPAÑÍA** podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, a los **BENEFICIARIOS** el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA N° 35 RECHAZO DEL SINIESTRO

La **COMPAÑÍA** está obligada a notificar por escrito a los **BENEFICIARIOS**, dentro del plazo señalado en el CLÁUSULA 34. PAGO DE INDEMNIZACIONES, las causas de hecho y de derecho que a juicio de la **COMPAÑÍA** justifican el rechazo del siniestro.

CLÁUSULA N° 36 PERITAJE

Si el **ASEGURADO** no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecho por la **COMPAÑÍA**, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, uno nombrado por el **ASEGURADO** y otro por la **COMPAÑÍA**. En caso de discordia entre ellos, se designará un tercer perito médico de mutuo acuerdo. Los honorarios de cada perito médico correrán por cuenta de cada una de las partes y se distribuirán en partes iguales los honorarios del tercer perito, si aplica. Los peritos médicos deben practicar la evaluación de acuerdo a lo establecido en la Escala de Indemnizaciones contenida en estas **CONDICIONES GENERALES**, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes.

CLÁUSULA N° 37 DECLARACIONES FALSAS, DOLOSAS U OMISIÓN

La **COMPAÑÍA** deberá participar al **CONTRATANTE**, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al **CONTRATANTE**, en un plazo de treinta (30) días continuos contados a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación. En este caso, la **COMPAÑÍA** reintegrará al **CONTRATANTE** o al **ASEGURADO** la parte no consumida de la prima deducida la comisión pagada al corredor de seguros.

Si el siniestro sobreviene antes de que la **COMPAÑÍA** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la **PRIMA** convenida y la que hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Las falsedades, omisiones y reticencias de mala fe por parte del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**, debidamente probadas, serán causa de nulidad de la Póliza, si son de tal naturaleza que la **COMPAÑÍA** de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el **ASEGURADO** o los **BENEFICIARIOS**, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta póliza y sus endosos, si los hubiere.

CLÁUSULA N° 38 OTRAS COBERTURAS

Además de las coberturas especificadas en la CLÁUSULA 22. COBERTURAS de estas **CONDICIONES GENERALES** y mediante el pago de prima correspondiente, podrán contratarse para cada **ASEGURADO** los siguientes



endosos, los cuales formarán parte integrante de la Póliza si aparece así indicado en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza:

Endoso de Doble Indemnización por Muerte Accidental por Accidente Específico

Endoso de Muerte Accidental Conjunta

Endoso de Protección Adicional por Invalidez Permanente

Endoso de Incapacidad Profesional u Ocupacional

Endoso de Gastos Médicos

Endoso de Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente

Endoso de Servicio de Emergencia Médica por Accidente

Endoso de Servicio de Asistencia en Viajes

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

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución N° DRL-30 del 10/03/2015