

## BANESCO INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA N° 1 DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de esta Póliza, se entiende por:

1. **COMPAÑÍA: BANESCO SEGUROS, S.A.**, es la parte que asume los riesgos objeto de esta Póliza.
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. El **CONTRATANTE** se encuentra plenamente identificado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, documento 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**.
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. **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**.
5. **PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** La compañía, el **CONTRATANTE** y **ASEGURADO**.
6. **INICIO DEL SEGURO:** Fecha en la cual la **COMPAÑÍA** asume para sí los riesgos cubiertos en esta Póliza.
7. **DURACIÓN DE LA PÓLIZA:** Período acordado por las partes y señalado en las **CONDICIONES PARTICULARES** durante el cual esta Póliza producirá sus efectos. Este periodo será contado a partir de las 12m del día indicado en las **CONDICIONES PARTICULARES** en la sección de Vigencia de los Datos de la Póliza. Al vencimiento de la **DURACIÓN DE LA PÓLIZA**, la presente Póliza podrá ser renovada de común acuerdo entre las partes.
8. **EDAD DE ADMISIBILIDAD:** Edad máxima a la cual se puede asegurar una persona por primera vez, de conformidad con esta Póliza.
9. **EDAD DE TERMINACIÓN O PERMANENCIA:** Edad máxima hasta la cual el **ASEGURADO** tiene cobertura bajo esta Póliza.
10. **PERIODO DE GRACIA:** Lapso de tiempo durante el cual la cobertura de esta Póliza se mantiene en vigor sin que el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** tenga que pagar recargo o intereses por falta de pago de la prima periódica vencida o su fraccionamiento, sin que ello implique renuncia por parte de la **COMPAÑÍA** al cobro de la misma.

11. **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.
12. **PRIMA:** Contraprestación que debe pagar el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** a la **COMPAÑÍA** convenida entre las partes en virtud de la celebración de la presente Póliza, la cual se determina en función del riesgo, la edad, el estado de salud y sobre la base de las declaraciones efectuadas por el **ASEGURADO** en la solicitud, cuestionarios de seguro, exámenes y demás declaraciones, documentos e informes que hayan servido para su evaluación.
13. **PRIMA DE EMISIÓN:** 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.
14. **PLAN:** Nombre o código de identificación que se le asigna a la descripción de coberturas específicas que incluyen sus Sumas Aseguradas y demás condiciones, según como figura en las **CONDICIONES PARTICULARES** y en estas **CONDICIONES GENERALES**.
15. **CULPA GRAVE:** Consiste en la omisión voluntaria de aquellas diligencias encaminadas a evitar el siniestro o reducir la extensión o propagación cuando ocurra.
16. **SINIESTRO:** Acontecimiento futuro, incierto y externo a la voluntad del **ASEGURADO**, mediante el cual se materializa el riesgo objeto de esta Póliza y del cual depende la obligación de indemnizar de la **COMPAÑÍA**.
17. **ACCIDENTE:** Toda acción fortuita, repentina o violenta, producida por una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que causare heridas o lesiones corporales objetivamente constatables y que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta.
18. **RENDA DIARIA BÁSICA:** Indemnización pagadera por cada noche de hospitalización del **ASEGURADO** a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental, cuyo monto diario se especifica en las **CONDICIONES PARTICULARES**.
19. **RENDA DIARIA POR TERAPIA INTENSIVA o CUIDADOS INTENSIVOS:** Indemnización pagadera por cada noche de ingreso del asegurado en el Servicio de Terapia Intensiva a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental, cuyo monto diario se especifica en las **CONDICIONES PARTICULARES**.
20. **LESIÓN ACCIDENTAL:** Cualquier daño físico que sufra la persona asegurada, siempre que el mismo tenga como causa real, inmediata, necesaria, directa y exclusiva, heridas o lesiones producidas por la acción repentina, violenta y fortuita de una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, objetivamente constatables, y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Póliza. Tal lesión debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa la hospitalización del **ASEGURADO**.

- 21. ENFERMEDAD:** Alteración de la salud del **ASEGURADO** que origine reducción de su capacidad funcional y equilibrio orgánico y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la Duración de la **PÓLIZA** y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de la misma, excepto en el caso de una enfermedad preexistente. Tal enfermedad debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa, la hospitalización del **ASEGURADO**.
- 22. CENTROS CLÍNICOS U HOSPITALARIOS:** Institución legalmente autorizada por las leyes correspondientes al país donde se encuentre establecida para prestar servicios de hospitalización y asistencia médica para la prevención y curación de la salud. No serán considerados así, a los efectos de esta póliza: los institutos, centros o lugares exclusivos de descanso, centros para tratamientos de adicción a las drogas, o alcoholismo instituciones para tratamientos estéticos o naturistas, baños termales, “SPA”, hidroclínicas, sanatorio, centro de rehabilitación para curas de reposo, asilos u hogares para ancianos, naturistas o que estén bajo supervisión constante de un médico residente.
- 23. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:** Toda modificación en las circunstancias que fueron declaradas en la solicitud de seguro, en los cuestionarios, exámenes, documentos o informes que sirvieron para la evaluación del riesgo, también se refiere al acaecimiento de hechos durante la vigencia de la Póliza que pudieran influir de modo directo en su existencia o en los términos y condiciones del mismo y que deben por tanto, ser notificados a la **COMPAÑÍA**.
- 24. HOSPITALIZACIÓN:** Reclusión de una persona asegurada dentro de un Centro Clínico u Hospitalario en calidad de paciente interno bajo la supervisión de un médico autorizado.
- 25. TERAPIA INTENSIVA o CUIDADOS INTENSIVOS:** Servicio Médico Hospitalario donde se prestan atenciones especiales a pacientes en estado crítico de salud con alteración de las funciones vitales potencialmente reversibles y que son tratados por un equipo multidisciplinario, entrenado con especialización en Terapia Intensiva o Cuidados Intensivos.
- 26. 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.
- 27. PACIENTE INTERNO:** Persona cuyo ingreso a un Centro Clínico u Hospitalario se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle la atención médica con relación a una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza y de este modo indicarle el tratamiento adecuado bien sea quirúrgico o no.

- 28. ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Aquellas enfermedades o patologías cuya evolución o inicio ocurrió con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza, y que sean conocidas por el **ASEGURADO** o su médico tratante.
- 29. MEDICAMENTO NECESARIO:** Grupo de atenciones, tratamientos, medicamentos, servicios, suministros, o estancia que razonablemente se ponen en práctica para el restablecimiento de la salud del **ASEGURADO**, y que implique una mejora funcional en su salud física. Se considerará médicamente necesario, siempre que:
- Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o accidente del **ASEGURADO**;
  - El nivel de cuidado no exceda en alcance, duración, o intensidad el necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
  - Haya sido prescrito por un **MÉDICO**.
  - Sea proporcionado por un **CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL, MÉDICO** o persona legalmente autorizada profesionalmente, para el ejercicio de su actividad.
  - Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
  - No pueda ser administrado fuera de la institución donde se encuentra internado el **ASEGURADO**, sin **RIESGO** para él.
  - Que sea el más conveniente al estado de salud del **ASEGURADO**, esté reconocido por Ministerio de Salud (MINSa) y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
- 30. PLAZO DE ESPERA:** Lapso de tiempo ininterrumpido que deberá cumplirse al inicio de la vigencia de la Póliza o desde la fecha de ingreso del **ASEGURADO**, durante el cual no estará amparado por la presente Póliza y no procederá el pago de indemnización alguno. El período es igual a noventa (90) días continuos y aplica únicamente en caso de enfermedad.
- 31. PLAZO DEL DEDUCIBLE:** Período inmediatamente posterior al inicio de la hospitalización que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones de la **COMPAÑÍA**, siempre y cuando subsista la hospitalización, este período tiene un plazo de un día.
- 32. NOTIFICACIONES:** Comunicaciones por escrito que la **COMPAÑÍA**, el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** deban o deseen hacerse en virtud de esta Póliza o de la Ley, de conformidad con lo señalado en esta Póliza.
- 33. GARANTÍA DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO:** Garantía de la **COMPAÑÍA** al **CONTRATANTE** o al **ASEGURADO** de mantenimiento de las condiciones y términos de la presente Póliza hasta que se alcance el límite de asegurabilidad en cuanto fuere aplicable por la naturaleza del riesgo cubierto, para cada prórroga de la **DURACIÓN DE LA PÓLIZA**. Se exceptúa de la **GARANTÍA DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA** a la prima, la cual será

determinada cada vez que venza la **DURACIÓN DE LA PÓLIZA** y se aplicará para la prórroga de la misma.

## **CLÁUSULA N° 2 DECLARACIONES FUNDAMENTALES**

Todas las declaraciones efectuadas por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** en la solicitud de seguro y en los cuestionarios de seguro, las declaraciones, exámenes, documentos e informes 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 del mismo y la determinación de la prima.

El **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**, según corresponda, certifican y garantizan la veracidad de las declaraciones señaladas en esta Cláusula. Por lo anterior, el **CONTRATANTE** y el **ASEGURADO** manifiestan haber sido informados de que si alguna de esas declaraciones resultare falsa, inexacta 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° 3 OBJETO DE LA PÓLIZA**

En virtud de las condiciones establecidas, así como de manera esencial en consideración a las declaraciones efectuadas por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO**, esta Póliza tiene por objeto garantizar por parte de la **COMPAÑÍA**, al **ASEGURADO** o **BENEFICIARIO** el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderles, de acuerdo con las condiciones de esta Póliza.

## **CLÁUSULA N° 4 DURACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

## **CLÁUSULA N° 5 SUMA ASEGURADA**

Monto contratado de indemnización por cobertura, que se establece de común acuerdo entre el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** y la **COMPAÑÍA**. La suma asegurada constituye la máxima de responsabilidad de la **COMPAÑÍA** por el riesgo objeto de esta Póliza. El monto de la suma asegurada de cada Cobertura está determinado en las **CONDICIONES PARTICULARES**. La modificación de la suma asegurada propuesta por una de las partes requerirá aceptación expresa y por escrito de la otra parte.

#### **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, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo. Igualmente se consideran circunstancias específicas de agravación del riesgo, y deben por tanto ser notificados a la **COMPAÑÍA**.

Si las circunstancias antes referidas dependen de la voluntad del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**, según el caso, la notificación deberá practicarse con treinta (30) días calendario de anticipación a que se produzca, pudiendo en este caso la **COMPAÑÍA** rechazar la agravación del riesgo y dar por resuelto esta Póliza, devolviendo al **CONTRATANTE** o al **ASEGURADO** 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 calendario, 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** o al **ASEGURADO** 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 calendario siguientes a la fecha en que hubiere tenido conocimiento, disponiendo la **COMPAÑÍA** de un plazo de treinta (30) días calendario para proponer la modificación de la Póliza o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al **CONTRATANTE** o al **ASEGURADO**, éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días calendario, en caso contrario se entenderá que la Póliza ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo, debiendo la **COMPAÑÍA** devolver al **CONTRATANTE** o al **ASEGURADO** la parte no consumida de la prima, deducida la comisión pagada al corredor de seguros.

#### **CLÁUSULA N° 7 PRIMA**

El **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** deberá pagar la prima en el momento de la firma de la **SOLICITUD**, de acuerdo a la forma de pago, para cada **PERÍODO DE SEGURO**, excepto que se estipule otro término en las **CONDICIONES PARTICULARES** o en un Endoso de esta Póliza. 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**.

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**, salvo las así pagadas debido a inexactitud en la edad según lo establecido en la Cláusula 26. EDAD Y DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD de las condiciones de esta Póliza.

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.

#### **CLÁUSULA N° 8 PERIODO DE GRACIA**

El **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** contará con un período de gracia de treinta (30) días calendario, 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 9. 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° 9 PERIODO DE SUSPENSIÓN y TERMINACIÓN POR MOROSIDAD**

Vencido el período de gracia de treinta (30) días calendario, sin que el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** haya pagado las primas correspondientes, las coberturas por esta Póliza quedarán suspendidas hasta por sesenta (60) días calendario.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta tanto el **CONTRATANTE** cancele 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 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 al **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 del **ASEGURADO** deberá notificarlo a la **COMPAÑÍA**, de lo contrario se tendrá válido el último que conste en el expediente de esta.

#### **CLÁUSULA N° 10 RENOVACIÓN**

Salvo disposición en contrario establecida en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior, siempre y cuando la prima del periodo anterior haya sido pagada en su totalidad. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el **CONDICIONES PARTICULARES**, efectuada con un plazo de, por lo menos, un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

#### **CLÁUSULA N° 11 SINIESTRO**

La ocurrencia de un siniestro debe ser notificada a la **COMPAÑÍA** dentro del plazo indicado en esta póliza. La declaración del siniestro debe contener toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. La **COMPAÑÍA** podrá solicitar, y el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** están en la obligación de suministrarle, cualquier otra documentación o información adicional relacionada con el reclamo que le sea razonablemente requerida por escrito.

#### **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** o del **ASEGURADO** especificadas en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

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**. Las comunicaciones o notificaciones dirigidas a las partes y entregadas al corredor de seguros por cualquiera de ellas no producirán efecto alguno hasta tanto el corredor de seguros la haya entregado efectivamente y con acuse de recibo de la parte a que dichas comunicaciones estén dirigidas.

#### **CLÁUSULA N° 13 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA**

La **COMPAÑÍA** no estará obligada al pago de la indemnización cuando:

1. El siniestro haya sido ocasionado por culpa grave o dolo del **CONTRATANTE**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**. 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. Cuando el **CONTRATANTE** sea distinto al **ASEGURADO** y no notificase a la **COMPAÑÍA** la ocurrencia de un siniestro dentro del

plazo indicado en las **CONDICIONES GENERALES**, salvo por causa extraña no imputable al **CONTRATANTE**.

3. Cuando 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**.
4. Si 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 o dolosos, para sustentar una reclamación o derivar enriquecimiento indebido, al amparo proporcionado por esta Póliza.
5. Si alguno de los documentos que sustentan una reclamación fuere falso, inexacto o contuviere omisiones o alteraciones.
6. Cuando se presente alguna de las circunstancias establecidas en las **Condiciones Particulares** de este contrato 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 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 a arbitraje en derecho o en equidad, si lo consideran conveniente a sus intereses.

#### **CLÁUSULA N° 16 PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS**

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

#### **CLÁUSULA N° 17 TOTALIDAD DEL ACUERDO**

Las partes declaran que esta Póliza, la solicitud y cuestionarios de seguro que hayan servido para la evaluación del riesgo, en las **CONDICIONES PARTICULARES**, las **CONDICIONES GENERALES** de la Póliza y sus endosos, de haberlos, constituyen y contienen el acuerdo completo celebrado entre ellas con respecto al riesgo objeto del mismo y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto.

#### **CLÁUSULA N° 18 COMPROMISO DE LA COMPAÑÍA**

La **COMPAÑÍA** se compromete con el **CONTRATANTE** y el **ASEGURADO** a pagar a los **BENEFICIARIOS**, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza la Suma Asegurada indicada en las **CONDICIONES PARTICULARES** con sujeción a los términos y condiciones establecidas en las **CONDICIONES GENERALES**, Cláusulas y endosos de esta Póliza, de acuerdo a lo indicado en la Cláusula 29. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

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

La firma por parte de la **COMPAÑÍA**, del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**, de las **CONDICIONES GENERALES** y **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 al **ASEGURADO** sobre la extensión de los riesgos asumidos en virtud de esta Póliza.

#### **CLÁUSULA N° 20 LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA**

Es la **RENTA DIARIA**, Básica o por Terapia o Cuidados Intensivos, que se indica en las **CONDICIONES PARTICULARES** y representa la responsabilidad de la **COMPAÑÍA** con el **ASEGURADO**, por cada día de hospitalización, normal o en Terapia o Cuidados Intensivos, según sea el caso, por causa de enfermedad o accidentes ocurridos durante el período de vigencia establecido en la Póliza.

La indemnización se calculará aplicando la Renta Diaria Básica al número de días de Hospitalización normal y la **RENTA DIARIA** por Terapia Intensiva al número de días de Terapia Intensiva, descontando el **PLAZO DEL DEDUCIBLE** del número de días de hospitalización.

Cada día de hospitalización sólo podrá considerarse una vez, como Hospitalización normal o de Terapia Intensiva. El número de días a indemnizar, conjuntamente, bien sea por Renta Diaria Básica o por Renta Diaria por Terapia Intensiva no excederá los trescientos sesenta y cinco (365) días continuos contados desde la fecha de inicio de la Hospitalización.

#### **CLÁUSULA N° 21 RIESGOS AMPARADOS**

- a) La Indemnización será pagada por casos de **ENFERMEDAD** o **LESIÓN ACCIDENTAL** amparados por la Póliza en los siguientes términos:

**LESION ACCIDENTAL:** la hospitalización debe ser mayor al **PLAZO DEL DEDUCIBLE**.

**ENFERMEDAD:** la hospitalización debe iniciarse después de transcurrir el **PLAZO DE ESPERA** y ser mayor al **PLAZO DEL DEDUCIBLE**.

Queda entendido que el número máximo de días a indemnizar por todas las hospitalizaciones iniciadas durante la vigencia de la Póliza no excederá de trescientos sesenta y cinco (365) días.

- b) Cuando la hospitalización del **ASEGURADO** se haya producido por la misma causa o causas relacionadas con una Hospitalización anterior, por la cual se haya pagado **RENTA DIARIA** bajo este seguro y que no estén separadas ambas hospitalizaciones por un período de por lo menos doce (12) meses, se considerará que esta última hospitalización es continuación de la hospitalización anterior, con el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta Póliza.
- c) El **ASEGURADO** no puede estar cubierto por más de una Póliza “Banesco de Indemnización Diaria por Hospitalización”. En caso de que el **ASEGURADO**, por error, esté cubierto bajo más de una Póliza de dicho Plan, la **COMPAÑÍA** considerará que el **ASEGURADO** está amparado bajo la Póliza que provea la mayor cantidad de beneficio. Si el beneficio es idéntico en cada Póliza, la **COMPAÑÍA** considerará que el **ASEGURADO** está amparado bajo la Póliza que haya sido emitida primero. La **COMPAÑÍA** devolverá sin interés cualquier pago de prima adicional que dicha persona haya realizado.
- d) El Seguro previsto bajo esta Póliza es efectivo en cualquier lugar del mundo.

#### **CLÁUSULA N° 22 EXCLUSIONES O EXCEPCIONES**

**La presente póliza no cubre y no pagará indemnización por:**

- a) **Hospitalización causada por o como resultado de:**
  - Actos de guerra, declarada o no, actos de terrorismo o violencia civil, insurrección o usurpación de poder o alistarse en el servicio militar con cualquier fuerza armada de cualquier País u organismo internacional, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles; participación en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público, desórdenes obrero-patronales y todas las otras situaciones semejantes a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas.**
  - Participación en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitando, a riñas callejeras o no que hayan sido iniciadas por el ASEGURADO.**
  - Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del ASEGURADO incluyendo toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.**
  - Epidemias oficialmente declaradas.**
  - Tentativa de suicidio, autodestrucción o lesiones auto infligidas, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.**
  - Uso de aeronaves, incluyendo helicópteros, a menos que sea como pasajero que paga boleto de un avión de líneas aéreas o compañías de**

vuelos comerciales con la debida autorización para el transporte frecuente de pasajeros.

Dedicarse a practicar o tomar parte de entrenamientos propios de deportes de carreras o eventos de velocidad, o carreras que no sean a pie, ski acuático, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, parapente, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras de caballo, y en general deportes profesionales que pueden poner en riesgo la vida del ASEGURADO.

Enfermedades causadas por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias.

Lesiones accidentales producidas mientras el ASEGURADO conduzca cualquier tipo de vehículo bajo la influencia parcial o total de bebidas alcohólicas, estupefacientes, o cualquier otra droga, sustancias tóxicas o heroicas o manteniendo un nivel de alcohol en la sangre más alto que el permitido por la Ley del País donde ocurra la lesión o la enfermedad.

Consulta periódicas para verificación de la salud, controles pediátricos, controles ginecológicos, exámenes con fines de diagnósticos o de chequeos y servicios asistenciales no relacionados directamente con una enfermedad cubierta por esta Póliza y soportado por un diagnóstico que certifique el trastorno de la salud emitido por un médico debidamente autorizado.

Tratamientos u operaciones para la obesidad mórbida o reducción de peso.

Tratamientos para acupuntura, medicina naturista, homeopatía y cualquier otra especialidad no reconocida por el Ministerio de Salud del país donde se realizará dicho tratamiento.

Tratamiento del tipo cosmético, cirugía estética, tratamientos para deformaciones naturales, salvo los del tipo reconstructivo por una lesión accidental.

- b) Si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con las leyes del país donde sea atendido el ASEGURADO.
- c) Hospitalización en un centro clínico u hospital que no reúna los requisitos, según lo definido en esta Póliza.

#### **CLÁUSULA N° 23 EXCLUSIÓN TEMPORAL – ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES**

El ASEGURADO no tendrá derecho a las prestaciones contempladas en la presente Póliza, durante doce (12) meses ininterrumpidos contados desde la fecha de su inclusión en la Póliza, para los casos de enfermedades preexistentes.

#### **CLÁUSULA N° 24 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, no sufran ni padezcan ninguna de las enfermedades que causen hospitalización, indemnizables por esta Póliza, convivan o dependan económicamente del **ASEGURADO PRINCIPAL** y sea pagada la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad:

1. **ASEGURADO PRINCIPAL** menor de sesenta y cinco (65) años de edad,
2. Cónyuge o la persona con quien el **ASEGURADO PRINCIPAL** mantenga unión estable de hecho, menor de sesenta y cinco (65) años de edad,
3. Hijos solteros, hijastros e hijos legalmente adoptados, que tengan al menos seis (6) meses de edad y sean menores de veintiún (21) años de edad.

La persona asegurada que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad podrá continuar en la póliza, pagando la prima correspondiente a su edad, siempre que se encuentre en buen estado de salud, lo solicite la **COMPAÑÍA** y esta acepte la continuación de su seguro, sin perjuicio de que la **COMPAÑÍA** pueda negarse a renovar la Póliza; en estos casos la cobertura cesará en la renovación siguiente al momento cuando la persona asegurada cumpla sesenta y nueve (69) años de edad.

Cuando la terminación o cancelación del seguro de los hijos, sea por contraer matrimonio o por terminar la dependencia económica, éstos podrán contratar una Póliza individual conservando los derechos de antigüedad adquiridos hasta ese momento y pagando la prima correspondiente.

#### **CLÁUSULA N° 25 INCLUSIÓN DE ASEGURADOS**

Las personas asegurables que no hayan sido inscritas en esta Póliza al momento de su celebración, podrán inscribirse dentro de los treinta (30) días siguientes al surgimiento de la relación con el **ASEGURADO PRINCIPAL**, siempre que su inclusión sea aceptada por la **COMPAÑÍA**.

Queda entendido que todos los **ASEGURADOS** gozarán de inmediato de los beneficios previstos en esta Póliza, una vez transcurridos los **PLAZOS DE ESPERA** definidos y estarán sujetos a las condiciones y limitaciones establecidas en esta Póliza.

La inclusión de un nuevo **ASEGURADO** causa una prima adicional a cargo del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, cuya falta de pago originará los mismos efectos que la falta de pago de la prima establecida en la Cláusula 7. **PRIMA** de estas condiciones, con respecto al **ASEGURADO** a ser incluido.

#### **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 cumpleaños más cercano 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** resultare mayor de la declarada, la obligación de la **COMPAÑÍA** se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración de la Póliza.
2. Si la **COMPAÑÍA** hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del **ASEGURADO**, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
3. Si la edad del **ASEGURADO** resultare menor que la declarada, la **COMPAÑÍA** devolverá el exceso de primas cobradas al **ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO**, sin intereses.

La edad máxima de admisibilidad de este contrato de seguro es sesenta y cuatro (64) años y la edad máxima de permanencia es sesenta y cinco (65) años. La persona asegurada que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad podrá continuar en la Póliza, pagando la prima correspondiente a su edad, siempre que se encuentre en buen estado de salud, lo solicite la **COMPAÑÍA** y este acepte la continuación de su seguro, sin perjuicio de que la **COMPAÑÍA** pueda negarse a renovar la Póliza; en estos casos la cobertura cesará en la renovación siguiente al momento cuando la persona asegurada cumpla sesenta y nueve (69) años de edad.

#### **CLÁUSULA N° 27 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

Los **BENEFICIARIOS** en caso de fallecimiento del **ASEGURADO PRINCIPAL** y la participación porcentual en la Suma Asegurada que le corresponderá a cada uno de ellos, serán designados por el **ASEGURADO PRINCIPAL** en la Solicitud de Seguro.

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

**COMPAÑÍA**, modificarán las **CONDICIONES PARTICULARES** en lo que respecta a los **BENEFICIARIOS**, a partir de la fecha de recepción a través de un endoso.

Cuando haya varios **BENEFICIARIOS**, la distribución del pago de la indemnización correspondiente en virtud de esta Póliza se hará en partes iguales si no hay estipulación en contrario.

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

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

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

En caso de que alguno de los eventos anteriores se verifique para la totalidad de los **BENEFICIARIOS** o si la designación se hace a favor de los herederos del **ASEGURADO PRINCIPAL**, sin mayor especificación o si no existen **BENEFICIARIOS** designados, la indemnización correspondiente en virtud de esta Póliza se pagará en partes iguales a los herederos declarados así por un tribunal competente.

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

En caso que los **BENEFICIARIOS** sean los herederos legales, la **COMPAÑÍA** pagará el monto del seguro a aquellos herederos legales que hubieren comprobado tal carácter, de conformidad con la Ley, considerando a éstos como sus **BENEFICIARIOS**.

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

#### **CLÁUSULA N° 28 CAMBIO DE PLAN**

El **CONTRATANTE** y el **ASEGURADO** tienen el derecho a solicitar por escrito a la **COMPAÑÍA**, treinta (30) días 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 sujeta a las condiciones, restricciones y limitaciones de esta Póliza.

Salvo convención en contrario establecida en un Endoso emitido a tal efecto, los aumentos de Suma Asegurada solicitados por el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** estarán sujetos a Plazos de Espera. Las reclamaciones ocurridas desde la fecha del aumento y hasta antes de la finalización de los Plazos de Espera se indemnizarán sobre la base de las Sumas Aseguradas anteriores.

#### **CLÁUSULA N° 29 TRÁMITE PARA LA RECLAMACIÓN**

Toda **RENTA DIARIA**, Básica o por Terapia Intensiva o Cuidados Intensivos, por hospitalización derivada de una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza, se indemnizará sobre los días de hospitalización detallados en los originales de las certificaciones médicas, de diagnósticos, facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias y demás documentos originales que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al **ASEGURADO**. Si ocurriera un suceso que diera lugar a reclamaciones bajo esta Póliza, deberá enviarse la notificación por escrito a la **COMPAÑÍA** dentro de un lapso máximo de quince (15) días calendario contados a partir de la fecha en que el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** tenga conocimiento de la fecha de egreso del Centro Clínico u Hospitalario, y presentar todos los recaudos del siniestro en un lapso máximo de (180) días calendario contados a partir de la fecha de egreso del **ASEGURADO**.

Por otra parte, la **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de exigir la Cédula de Identidad, el Pasaporte, o la Partida de Nacimiento, como pruebas de la identificación y edad del **ASEGURADO**.

#### **CLÁUSULA N° 30 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 hábiles contados a partir del día en que el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**, o cualquier otra persona que obre por cuenta de alguno de éstos, haya entregado toda la información y documentos solicitados por la **COMPAÑÍA** para liquidar el **SINIESTRO**.

En la ausencia de una instrucción escrita se pagarán los Beneficios devengados, pendientes de pago al momento de la muerte del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, a los representantes personales de éste, o ésta. Se considerará como un relevo final y completo de toda la responsabilidad de la **COMPAÑÍA** cualquier recibo que el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, los representantes personales del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** o cualquier tercera parte, a quien el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** haya ordenado que se le haga el pago, pueda dar a la **COMPAÑÍA** por cualquier Beneficio pagado con arreglo a esta Póliza, con respecto a cualquier período de Hospitalización cubierta. Se pagará el Beneficio con arreglo a esta Póliza a la terminación del período correspondiente a la Hospitalización cubierta. Donde sea apropiado y al ser solicitado por el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, se puede pagar el Beneficio en plazos atrasados semanales o mensuales.

### **CLÁUSULA N° 31 RECHAZO DEL SINIESTRO**

La **COMPAÑÍA** está obligada a notificar por escrito al **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, dentro del plazo señalado en el Cláusula 29. PAGO DE INDEMNIZACIONES, las causas de hecho y de derecho que a juicio de la **COMPAÑÍA** justifican el rechazo total o parcial del siniestro.

### **CLÁUSULA N° 32 DEVOLUCIÓN DE PRIMA**

El **CONTRATANTE** tendrá derecho a la devolución total de la prima pagada si antes de los treinta (30) días calendario de haber sido cobrada por la **COMPAÑÍA**, no se encontrase plenamente satisfecho con la cobertura adquirida.

A tales efectos, el **CONTRATANTE** deberá dejar constancia de su resolución en forma escrita ante la **COMPAÑÍA** en el plazo antes indicado, y dicha prima le será reintegrada.

### **CLÁUSULA N° 33 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 un (1) mes contado 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, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del **CONTRATANTE** en la caja de la **COMPAÑÍA**. Corresponderán a la **COMPAÑÍA** las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación.

La **COMPAÑÍA** no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

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 su Representante Legal o quien le haya proporcionado los Servicios Médicos, en colusión con el **ASEGURADO**, proporcionen

declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta póliza y sus anexos, si los hubiere.

**CLÁUSULA N° 34 CANCELACIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO**  
**Causales de Terminación o Cancelación. Esta Póliza terminará:**

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 calendario, siguientes a la notificación.

Al finalizar la **DURACIÓN DE LA PÓLIZA** cuando el **ASEGURADO** cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.

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**.

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.

Cuando el **ASEGURADO** haya solicitado la anulación de esta Póliza.

Cuando el **ASEGURADO** notifique la no continuidad de la Póliza, según lo establecido en la Cláusula 10. **RENOVACIÓN**.

Declaración falsa o inexacta por parte del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**.

**CLÁUSULA N° 35 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.

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

COMPAÑÍA

---

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución N° DLR-01 del 19/03/2013