

COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

MILENIUM FAMILIAR

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA I.- CONTRATO:

La Compañía Internacional de Seguros, S.A. (denominada en adelante La Compañía) expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas a continuación, teniendo preferencia las últimas sobre las primeras, basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro firmada en su tiempo por el Contratante.

La solicitud individual del Contratante y/o Asegurado Principal junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador así como exámenes médicos en los casos requeridos o cualquier otro documento o información requerida, son determinantes del consentimiento de la Compañía de otorgar el amparo y constituyen, junto con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y los Anexos, el contrato completo de este seguro. En virtud de lo anterior, cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones, resultados o informes hechos y/o presentados por o en nombre del Contratante y/o Asegurado, eximirán a la Compañía, en cualquier tiempo, de toda obligación respecto a esta Póliza.

La validez del contrato de seguros está sujeta al pago de la primera cuota o fracción por parte del Contratante y/o Asegurado Principal, conforme a lo establecido en la **Cláusula XVIII – PRIMAS** de este contrato.

Si el contenido de este contrato no concordare con la oferta, el Contratante y/o Asegurado Principal podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 10 días siguientes a la emisión de la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones de este seguro.

La Compañía podrá modificar esta Póliza o cualquiera de sus anexos unilateralmente en cualquier fecha previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, así como notificación por escrito con 30 días de anticipación al Contratante y/o Asegurado Principal. De no aceptar el Asegurado las modificaciones hechas, se aplicarán las disposiciones de la Póliza relativas a la cancelación del contrato.

Solamente los Ejecutivos autorizados por la Compañía tienen poder para cambiar, modificar o derogar las condiciones de esta Póliza, y ello solamente por escrito. La Compañía no quedará obligada por promesa o manifestación alguna hecha anteriormente o que en lo sucesivo se haga por algún agente, corredor u otra persona que no sea una de las arriba mencionadas.

CLAUSULA II.- DEFINICIONES Y GENERALIDADES:

Para todos los efectos de este contrato, las expresiones y generalidades siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna, a saber:

1.- **ACCIDENTE:** La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción; la electrocución;
- b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado;
- c) La rabia y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios (serpientes) o insectos venenosos;
- d) El carbunco o tétanos de origen traumático;
- e) Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente póliza.

2.- **AMBULANCIA TERRESTRE:** Se entiende por ambulancia terrestre, unidad móvil que cuente con equipo médico de primeros auxilios, material biomédico, fármacos y tripulación conformada por especialistas en la atención de emergencias médicas.

3.- **ASEGURADO:** Es la persona natural a quien la Compañía ha expedido esta póliza y/o certificado de seguro. Bajo esta definición se entenderá al Asegurado Principal, así como a los familiares y/o dependientes elegibles del Asegurado Principal, debidamente registrados en la Póliza.

El Asegurado Principal debe ser mayor de 18 años de edad, menor de 74 años de edad y haber sido aceptado por la Compañía. La cobertura para el Asegurado Principal se mantiene hasta el día en que el asegurado cumple los 75 años de edad, con excepción de los menores de edad en cuyo caso la cobertura se extiende hasta cumplir los veinticinco (25) años,

siempre que permanezcan solteros, que residan y/o dependan de alguno de los padres para su manutención, que se encuentren estudiando a tiempo completo y que hayan sido inscritos en la Compañía de Seguros a menos que se disponga algo diferente en las condiciones particulares de la póliza.

- 4.- **CERTIFICADOS INDIVIDUALES:** Los certificados individuales detallan las condiciones particulares del Asegurado y proporcionan, según lo indicado en el certificado, las exclusiones, limitaciones y elegibilidad de la Póliza. El certificado individual forma parte del contrato, no obstante, las condiciones detalladas en el mismo prevalecerán sobre las Condiciones Generales de la póliza. En el caso de seguros colectivos la Compañía deberá entregar al Asegurado Principal, al Contratante o al corredor de seguros el certificado individual, quienes tendrán la obligación de entregarlo al Asegurado y conservar constancia de tal entrega.
- 5.- **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Significa una enfermedad o lesión accidental que se manifiesta por primera vez o debido a la cual el Asegurado ha recibido consulta, diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza, o de la fecha de entrada del Asegurado Principal, de un familiar y/o dependiente elegible, si dicha entrada ocurre después de la fecha de emisión de la Póliza. Se considera también condición pre-existente las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Una enfermedad, lesión accidental o condición que se manifiesta por primera vez cuando los síntomas y/o signos son bastante evidentes o aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.
- 6.- **CONTRATANTE:** Es la persona jurídica o natural que acepta las obligaciones debidas a la Compañía y quien se compromete al pago total de la prima estipulada para esta póliza. Se entiende que el Asegurado Principal es la misma persona quien contrata la póliza de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares.
- 7.- **DEDUCIBLE:** Es la cantidad de los primeros gastos que está obligado a pagar cada Asegurado o Contratante en cada evento, antes que los gastos cubiertos sean pagados bajo esta póliza para los beneficios que así lo detallan, según lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 8.- **ELIGIBILIDAD:** Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente. En el caso de pólizas colectivas los Asegurados deberán pertenecer a la colectividad que conforma el Contratante en el momento de la expedición de este seguro o que ingresen a la misma con posterioridad. En estos casos, los empleados elegibles para el seguro serán los empleados permanentes del Contratante que laboren en jornada completa con un mínimo de 40 horas semanales, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 9.- **ENFERMEDAD:** Dolencia, padecimiento, malestar o desorden físico.
- 10.- **FAMILIARES Y/O DEPENDIENTES ELEGIBLES:** Los familiares del Asegurado Principal detallados a continuación, siempre y cuando los mismos sean aceptados por la Compañía, con base a la solicitud de seguro y cualquier otro requisito establecido:
 - a) El cónyuge legítimo, o en su defecto la persona que, viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado(a) como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado Principal bajo el mismo domicilio.

El cónyuge debe ser mayor de 18 años de edad y menor de 74 años de edad. La cobertura para el cónyuge termina el día en que cumple los 75 años de edad.
 - b) Los hijos legítimos, legalmente adoptados o hijastros, siempre que sean mayores de un año y menores de 18 años de edad. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste.

La cobertura de los hijos solteros mayores de 18 años, que dependan económicamente de alguno de los padres, se encuentren estudiando y vivan en la misma residencia del Asegurado Principal, estará vigente hasta el día en que cumplan veinticinco (25) años de edad. El Asegurado Principal deberá presentar la certificación de estudiante de sus hijos.
- 11.- **MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA:** Significa que un tratamiento, examen, prestación médica, procedimiento, suministro, medicamento o estancia en un Hospital o Centro de Trasplante, etc. (o parte de una estancia en un Hospital o Centro de Trasplante):
 1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del Asegurado;
 2. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
 3. Ha sido prescrito por un Médico;
 4. Es consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en Panamá; o por la

- comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
5. No pueda ser administrado fuera de un hospital o centro de trasplante sin poner en riesgo a el paciente; y
 6. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia del Asegurado, de su familia, de su médico u otro proveedor.

La necesidad médica será certificada y aprobada por los médicos de la Compañía con base en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, procedimiento, prestación médica, suministro, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo como una necesidad médica cubierta por ésta Póliza.

- 12.- **MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS:** Las inclusiones y retiros de familiares y/o dependientes de la póliza tendrán efecto únicamente a partir de la fecha de aprobación de la inclusión por parte de la Compañía y/o notificación de exclusión respectiva por parte del Asegurado.

Cualquier cambio dentro de esta póliza que implique mayores beneficios para el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes asegurados sólo tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación que la Compañía notifique por escrito, sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes antes de otorgar su aceptación.

- 13.- **PERIODO DE GRACIA:** Lapso de 30 días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento de pago de la prima correspondiente, contado a partir de la fecha de vencimiento del pago de la misma, conforme a la forma de pactada y calendario de pago establecido en las condiciones particulares de la póliza y durante el cual surten efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

- 14.- **SUSPENSIÓN DE COBERTURA:** Lapso de 60 días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contado a partir de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las condiciones particulares de la póliza y durante el cual las garantías o coberturas de la póliza quedan suspendidas y la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante este período. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo; o hasta que la póliza sea cancelada. **Cabe señalar, que aunque la póliza haya sido rehabilitada, la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante el periodo de suspensión.**

- 15.- **USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (URA):** Quiere decir un cargo por atención médica el cual se considerará razonable hasta el límite acostumbrado y que no exceda el nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad o área geográfica (o geográficamente comparable) donde el cargo es incurrido, cuando se compara con suministros o tratamientos iguales, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo y de edad e ingreso semejante, por la lesión o enfermedad similar.

CLAUSULA III.- COBERTURA BASICA POR ACCIDENTE:

La cobertura básica está compuesta por los beneficios detallados a continuación por los cuales el Contratante ha pagado la prima establecida por la Compañía, quedando sujeta a todas las condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas en este contrato:

- Muerte Accidental
- Doble Indemnización por Muerte Accidental en transporte público (Asegurado Principal y Cónyuge)
- Incapacidad Total y Permanente por Accidente
- Desmembramiento por Accidente
- Homicidio Culposo
- Homicidio Doloso (Opcional para Asegurado Principal y Cónyuge)
- Gastos de Repatriación
- Adelanto por Gastos Funerarios

1.- MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará la suma asegurada, con deducción de las cantidades que hubiere abonado por concepto de Incapacidad Total y Permanente y Desmembramiento.

2.- DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

Cuando la muerte accidental de un asegurado cubierto bajo esta póliza ocurra mientras se encuentre viajando como pasajero en un transporte público, la Compañía pagará una suma adicional e igual al límite establecido en la cobertura de Muerte Accidental, pero este pago adicional no podrá ser mayor de B/.100,000.00 (Cien Mil Balboas con 00/100).

Se denomina transporte público, cualquier vehículo terrestre, aéreo o marítimo, debidamente autorizado por la autoridad competente, para dedicarse a las actividades mercantiles de transporte de personas con itinerarios y rutas establecidas.

3.- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRAMIENTO

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones que forma parte integral de la presente póliza. Este beneficio terminará automáticamente el día en que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad.

4.- HOMICIDIO CULPOSO

Muerte que ocasione una persona al asegurado, por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios.

5.- HOMICIDIO DOLOSO

Muerte que ocasione una persona al asegurado principal o su cónyuge, por hechos voluntarios e intencionales. Este beneficio aplicará siempre y cuando esté detallado en las condiciones particulares de la póliza.

6.- GASTOS DE REPATRIACION

Cuando la muerte accidental de un asegurado, cubierto bajo esta póliza, ocurra en el exterior de la República de Panamá, la Compañía reembolsará todos los gastos que se incurra en el trámite, certificaciones y traslado de cadáver a la ciudad de Panamá, hasta el límite máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

7.- ADELANTO POR GASTOS FUNERARIOS

Al recibir las pruebas fehacientes del fallecimiento del asegurado a consecuencia de un accidente, la compañía concederá al(los) beneficiario(s) de la póliza o a quien(es) el(ellos) designe(n), un 10% de la suma asegurada de la cobertura básica hasta un máximo de B/2,500.00 para cubrir los gastos funerarios. La cantidad abonada en concepto de Adelanto por Gastos Funerarios será descontada de la indemnización del beneficio de Muerte Accidental si la hubiera.

CLÁUSULA IV.- BENEFICIOS ADICIONALES:

Esta póliza cubrirá únicamente los beneficios adicionales que expresamente se indicaren en las Condiciones Particulares, por haberse pagado una prima adicional, siempre que su causa directa y única fuera por un accidente amparado por ella.

1. Doble indemnización por Incapacidad Total y Permanente y Desmembramiento

La Compañía pagará una suma asegurada adicional e igual al límite del beneficio de Incapacidad Total y Permanente y Desmembramiento incluida en la cobertura básica, o sea el 200% de indemnización bajo dicho beneficio.

2. Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente

La Compañía pagará la renta diaria establecida en las condiciones particulares de la póliza, después de aplicarse el deducible correspondiente, siempre que el Asegurado quedare totalmente incapacitado para desempeñar su trabajo u ocupación remunerada por algún tiempo, hasta un máximo de 365 días. Este beneficio no aplica para jubilados, pensionados o menores de edad.

3. Gastos Médicos

La Compañía reconocerá los costos usuales, razonables y acostumbrados de los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, siempre y cuando fueren médicamente necesarios para tratar las lesiones sufridas por un accidente cubierto, hasta el total de la suma asegurada descrita bajo esta cobertura en las condiciones particulares de la póliza. Se cubrirá la bota de yeso, fibra de vidrio o el aparato ortopédico que sea médicamente necesario y debidamente ordenado por un médico certificado. Solo se cubrirá uno (1) de los tres (3).

Aparatos ortopédicos tales como, pero no limitados a: muletas, sillas de ruedas, chancletas y otros no estarán cubiertos.

El Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifestaren a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

Servicio de Ambulancia Terrestre

Se cubrirá el servicio de ambulancia terrestre para dar asistencia médica en casos de accidentes amparados por la presente póliza, con consecuencias críticas y que pongan en peligro la vida del asegurado y que impida el traslado por sus propios medios a un centro de atención médica.

- El monto a indemnizar en concepto de ambulancia será adicional a la suma asegurada de la cobertura de gastos médicos por accidentes.
- Se reembolsará el 50% del costo de la ambulancia hasta un máximo de B/.150.00 por evento y un máximo de tres eventos al año.
- **Se excluyen traslados intrahospitalarios o programados.**

CLÁUSULA V.- OTROS BENEFICIOS ADICIONALES:

Los beneficios adicionales indicados más adelante, se extienden a cubrir el riesgo de enfermedad adicional al de accidente.

La Compañía pagará las indemnizaciones correspondientes, de acuerdo a las condiciones que aparecen en cada Anexo que se incorpore a la presente póliza y que forma parte integrante de ella; siempre y cuando dichos beneficios se encuentren expresamente indicados en las Condiciones Particulares, por haberse pagado una prima adicional.

- Renta Diaria por Hospitalización (Anexo A)
- Gran Invalidez Permanente y Absoluta (Anexo B)
- Ingreso Personal por Incapacidad (Anexo C)
- Enfermedades Graves (Anexo D)

CLÁUSULA VI.- EXCLUSIONES:

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del Asegurado y/o Familiares Dependientes o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

1. **Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza;**
2. **Accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol o en estado de embriaguez o mientras se encuentre bajo la influencia de drogas, sin tomar en consideración los niveles o porcentajes de droga que mantenga en sangre;**
3. **Accidentes ocasionados mientras el Asegurado se encuentre en estado de sonambulismo;**
4. **Lesiones causadas por el Asegurado o sus Dependientes voluntariamente a ellos mismos, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al Asegurado o sus Dependientes intencionalmente por los beneficiarios de esta póliza;**
5. **Lesiones que el Asegurado o sus Dependientes asegurados sufran en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra declaradas o no, rebelión, invasión, guerra civil, terrorismo, sabotaje, alborotos populares o insurrecciones, en riñas o actos delictuosos en que el Asegurado y/o Familiares participen por culpa grave de él mismo o de los beneficiarios de esta póliza;**
6. **Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, andinismo fuera de senderos marcados;**
7. **Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como, pero no limitados a sismos, erupciones volcánicas, inundaciones que aparezcan en el territorio nacional, riesgos atómicos y efectos de la energía nuclear en cualquier forma;**
8. **Hallarse practicando un arresto como representante de la ley, infracción grave de leyes, decretos, acuerdos, reglamentos y ordenanzas;**
9. **Hernia de cualquier tipo;**
10. **Lesiones que el Asegurado o sus Dependientes asegurados sufran en actividades de paracaidismo, en carreras o competencia de autos de cualquier naturaleza, prueba de velocidad y deportes extremos;**
11. **Condiciones Pre-Existentes;**
12. **Cirugía estética para fines de embellecimiento o cualquier cirugía plástica u ortopédica y sus resultados, a menos que sean consecuencia directa de un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y cubierto por la misma;**
13. **Accidentes ocasionados al manejar o viajar como pasajero en aviones privados, motocicletas, motonetas, scooter o vehículos similares.**

CLÁUSULA VII.- RIESGOS ESPECIALES:

Los riesgos indicados más adelante sólo estarán cubiertos bajo esta póliza si aparecen indicados en las Condiciones Particulares y se hubiese pagado extra prima:

1. Por participar en competencias o actividades de esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, karate, judo, buceo, troteo;
2. Al manejar o viajar como pasajero en aviones privados, motocicletas, motonetas, scooter o vehículos similares.

CLÁUSULA VIII.- INVASION, TERRORISMO Y SABOTAJE:

No obstante cualquier disposición contraria en esta póliza o en cualquier endoso anexo, queda acordado que este seguro excluye la pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, derivado de o en conexión con cualquier acto de invasión, terrorismo y sabotaje, sin importar que alguna otra causa o evento contribuya a la pérdida de manera simultánea o en cualquier otra secuencia.

Se entiende como acto terrorismo, incluyendo pero no limitado a: al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza, un acto de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solos o en representación de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), llevado a cabo con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influenciar a cualquier gobierno y/o para atemorizar al público o cualquier sector del público.

Se entiende por sabotaje, cualquier acción deliberada que ejecutada aisladamente, dañe, obstruya, destruya o entorpezca temporal o permanentemente el funcionamiento de instalaciones o de servicios privados o públicos, fundamentales para la subsistencia de la comunidad o para su defensa, con la finalidad de trastornar la vida económica, o a un país, o afectar su capacidad de defensa.

De igual forma se excluye la pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza causada directa o indirectamente por, derivado de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier forma relacionada con algún acto de invasión, guerra, terrorismo y sabotaje.

CLÁUSULA IX.- MODIFICACION DEL RIESGO:

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características declaradas por el Asegurado o el Contratante, éste deberá comunicar dentro de ocho (8) días a la Compañía los cambios (alivios o agravaciones), tanto de su profesión como de su salud, aún cuando fueren temporales, que modifiquen notablemente el riesgo. Se entiende por agravación del riesgo asumido la que si hubiese existido al momento de la emisión de la póliza y/o inclusión de un Asegurado a la misma, hubiera llevado a la declinación del seguro o modificación de sus condiciones como lo es, pero sin estar limitado a, la agravación por cambio de la profesión o actividad del Asegurado.

En todos los casos el Asegurado y/o Contratante debe notificar a la Compañía las agravaciones del riesgo, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan. Cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado, se procederá con la comunicación escrita al Asegurado de las nuevas condiciones según lo establecido en la **Cláusula XXIV-NOTIFICACIONES.**

De no aceptar el Asegurado o el Contratante las nuevas condiciones propuestas por la Compañía o de rechazar esta última el asegurar el nuevo riesgo, se procederá a la anulación de la póliza y la Compañía devolverá al Asegurado o al Contratante el importe de la prima no devengada.

De comprobarse la circunstancia de la agravación del riesgo, la Compañía tendrá acción contra el Asegurado para reembolsarse por los montos pagados a este último en concepto de reclamos presentados a partir del momento en que se produjo la agravación.

CLÁUSULA X.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:

Aviso: Para el pago de cualquier reclamación, la misma deberá presentarse a la Compañía dentro de los 45 días siguientes de haber incurrido el gasto o recibido la atención el Asegurado. **Tanto el Asegurado como cualquier hospital, clínica, médico y/o proveedor de salud que no presente la reclamación dentro del plazo estipulado, no tendrá derecho al reembolso por parte de la Compañía por los gastos elegibles incurridos y reclamados. La Compañía no será responsable por ningún reclamo presentado con posterioridad al plazo arriba estipulado, salvo que se justifique la tardanza en la presentación, a satisfacción de la Compañía.**

Asistencia Médica: El Asegurado accidentado deberá hacer llegar a la Compañía, dentro del plazo del aviso, un certificado del médico expresando la causa y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médicamente necesario. Posteriormente se remitirá a la Compañía cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al accidentado por un médico de su confianza.

CLAUSULA XI.- AGRAVACION DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE:

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado y/o Familiar Dependiente, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen o cualquier otra causa no propia del accidente, la indemnización que correspondiera se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiera producido sin la mencionada con-causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA XII.- PAGOS DE LA INDEMNIZACION:

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondieren en virtud de esta póliza, en sus Oficinas, tan pronto la Compañía haya recibido y aprobado la evidencia del hecho y la causa del accidente.

En caso de indemnización por Gastos Médicos por Accidente, el Asegurado deberá presentar el formulario correspondiente y adjuntar el original de las facturas y recibos de pagos y demás documentación requerida de los gastos incurridos. Si el Asegurado no presentara la reclamación dentro del plazo estipulado, no tendrá derecho al reembolso por los gastos elegibles incurridos y reclamados.

Una vez recibido el reclamo dentro del plazo y en la forma indicada en estas condiciones, así como todas las pruebas fehacientes de la ocurrencia, procedencia, necesidad del servicio médico y de los gastos incurridos en la prestación del mismo, la Compañía procederá con el pago del reclamo dentro de treinta (30) días calendarios, a partir del recibo de toda información y/o documentación solicitada al Asegurado.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado se pagará al beneficiario o beneficiarios de esta póliza. Todas las otras indemnizaciones se pagarán al Asegurado Principal, o a su Representante Legal, si tuviera uno.

CALUSULA XIII.- DERECHO DE SUBROGACION:

La Compañía tiene el derecho de recuperar de cualquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de beneficios establecidos en la presente póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado Principal y/o sus Familiares Dependientes Asegurados, ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipo propios o de terceras personas o de empresas que tienen cobertura para dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipo, o de los Aseguradores de éstos. En igual forma, lo podrá hacer con el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

La Compañía pagará el beneficio de la Póliza sujeto a que el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados:

- a.- Firmen el finiquito respectivo y subroguen en la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle.
- b.- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados; y
- c.- Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

CLÁUSULA XIV.- CAMBIO DE BENEFICIARIO:

Mientras no conste en esta póliza una designación irrevocable de beneficiario, el Asegurado Principal y su cónyuge, si estuviese incluido como dependiente, podrán cambiar sus respectivos beneficiarios en cualquier tiempo, y sin el consentimiento de su beneficiario, presentando el formulario proporcionado por la Compañía, debidamente completado y firmado.

Ningún cambio de beneficiario bajo esta póliza obligará a la Compañía, a menos que tal cambio esté debidamente registrado y aprobado por la Compañía.

CLÁUSULA XV.- CESION DE LA POLIZA:

Esta póliza puede ser cedida pero la cesión debe hacerse por escrito y la Compañía no se considerará como teniendo conocimiento de ella a menos que se haya registrado el endoso correspondiente en sus Oficinas. **La Compañía no asumirá ninguna responsabilidad en cuanto a la validez de ninguna cesión.**

CLAUSUALA XVI.- NORMAS SUPLETORIAS:

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las leyes vigentes.

CLÁUSUALA XVII.- PRESCRIPCION:

Cumplido el plazo de un año después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar las indemnizaciones correspondientes al mismo, a menos que estuviera en tramitación una acción legal relacionada con la reclamación y que justifique la espera del reclamo.

CLÁUSULA XVIII.- PRIMAS:

Cualquiera que sea la forma de pago, el Contratante y/o Asegurado Principal deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago pactada a la emisión de la Póliza.

1. Las primas deberán ser pagadas en su totalidad y por adelantado a la fecha de su vencimiento de acuerdo con el método de pago, periodicidad y calendario de pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Se otorgará un Período de Gracia de 30 días calendarios para el pago de cada prima a partir de la fecha de vencimiento del pago correspondiente. Durante el Período de Gracia, la Póliza continuará en vigor. **Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que el Período de Gracia expire, se entenderá que el Contratante y/o Asegurado Principal ha incurrido en el incumplimiento del pago lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza, hasta por 60 días. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse ésta póliza a partir de la fecha del pago de la prima dejada de pagar durante el periodo de suspensión o hasta que la póliza sea cancelada, según lo establecido en la Cláusula XXI.- CANCELACION DE LA POLIZA.**
3. **El Contratante y/o Asegurado Principal es consciente de que la prima inicial pactada a favor de la Compañía como retribución por la(s) cobertura(s) contratada(s) aumentará conforme aumente la edad y/o expectativas de salud del Asegurado, así como el factor inflacionario en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando sea técnicamente aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.**

Cualquier modificación no convenida previamente con el Contratante y/o Asegurado Principal será acordada de conformidad con el procedimiento establecido en la Cláusula I de este contrato.

4. Si por error se recibe el pago de una prima de personas que no tengan derecho a gozar de los beneficios de la póliza por haber alcanzado la edad máxima de protección de cada cobertura o por cualquier otro motivo e incluso posterior a la cancelación de la póliza, la Compañía no estará obligada a indemnizar suma alguna y solamente deberá efectuar la devolución de las primas recibidas correspondientes a dichas personas.

CLAUSULA XIX.- RENOVACIÓN:

A opción de la Compañía, esta póliza será renovada automáticamente en cada aniversario de la póliza. La misma deberá ser entregada al Contratante y/o Asegurado Principal y/o su Corredor con un mínimo de 30 días calendarios de anticipación a la fecha de inicio de vigencia, **siempre que la Compañía hubiera recibido la totalidad de la primas correspondiente al periodo anterior.**

Cabe señalar que la falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según la frecuencia de pago pactada en la póliza, conlleva la nulidad absoluta del contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Los cambios en las pólizas que desee realizar el Asegurado Principal y que implique mayores coberturas o menores deducibles, sólo podrán solicitarse con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación anual y éstos se consideran vigentes cuando la Compañía haya informado por escrito su aceptación al Asegurado Principal, así como también si dicho cambio fue aprobado con la continuidad de cobertura y/o condiciones especiales o establecidas. La Compañía se reserva el derecho de pedir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente antes de aceptar dicho cambio.

Queda entendido que, para las mismas condiciones la Compañía aplicará las primas correspondientes a la edad y a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados a la fecha de solicitar el cambio.

CLAUSULA XX.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Los beneficios que se conceden en virtud de ésta Póliza terminarán automáticamente al presentarse lo siguiente:

1. El incumplimiento por parte del Contratante y/o Asegurado Principal del pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago establecida, a la emisión y renovación de la Póliza.
2. Cuando un familiar dependiente asegurado pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de familiar o dependiente asegurado de acuerdo a los términos de este contrato.
3. Cuando el Contratante y/o el Asegurado Principal solicite por escrito a la Compañía la cancelación de esta Póliza.
4. Por falta de pago de las primas, según lo establecido en las Cláusula XVIII.- PRIMAS y XXI.- CANCELACION DE LA POLIZA.
5. Por dejar de residir en Panamá o al estar fuera de la República de Panamá por más de (2) meses consecutivos.
6. Falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.
7. Por inexactitud, falsedad o reticencia por parte del Contratante y/o Asegurado en la solicitud de seguro que forma parte integral de este contrato, formularios de reclamos, informes médicos y/o cualquier otro documento vital para la correcta inscripción del Asegurado y pago de reclamos por la Compañía.
8. Por participación del Contratante y/o Asegurado en actividades delictivas o presuntamente delictivas o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.
9. Al llegar el Asegurado Principal a la edad de 75 años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la póliza.
10. En pólizas colectivas, cuando el Asegurado Principal deje de pertenecer a la entidad Contratante o pierda su calidad de miembro elegible dentro del colectivo, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado Principal como para los familiares asegurados dependientes.

CLAUSULA XXI.- CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA:

Incumplimiento de Pago de Primas:

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al Contratante y/o Asegurado Principal por escrito a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Compañía, con una anticipación de al menos quince (15) días hábiles. Copia del mismo deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Póliza. Si el aviso no es enviado el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de comercio.

Otras Causas:

Cualquiera de las dos partes podrá rescindir de esta póliza en cualquier tiempo. La Compañía, avisándole por escrito al Asegurado con treinta (30) días de anticipación a la fecha en que se desee poner término a la póliza. El Contratante y/o el Asegurado Principal mediante solicitud escrita a la Compañía para la cancelación de esta Póliza.

Cuando el Asegurado decida su rescisión, la Compañía retendrá la parte de la prima correspondiente al tiempo durante el cual la póliza haya estado en vigencia, calculado de acuerdo con la tarifa a corto plazo. Cuando la Compañía rescinda el contrato de seguro, devolverá al Contratante la porción de la prima no devengada durante el año de seguro en curso, si lo hubiere, a prorrata.

CLAUSULA XXII.- REHABILITACIÓN:

Una vez cancelada formalmente la póliza, la Compañía podrá proceder con la rehabilitación de la misma a solicitud del Contratante y/o Asegurado Principal. En estos casos, el solicitante deberá cumplir con las condiciones y requisitos para rehabilitación detallados a continuación:

1. El Contratante y/o Asegurado Principal deberá notificar por escrito su intención de rehabilitar la póliza a la Compañía dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios a partir de la fecha de la realización de la cancelación de la misma.
2. Cumplir con los requisitos que estipule la Compañía, según sea el caso, y el pago de las primas atrasadas.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la Solicitud de Rehabilitación.

CLAUSULA XXIII.- TÉRMINO:

El término de esta póliza comienza a las 12:01 a.m. del día de efectividad o vigencia indicada en las Condiciones Particulares de la misma. Dicha póliza termina a las 12:00 a.m. en la siguiente fecha de renovación.

CLAUSULA XXIV.- NOTIFICACIONES:

Con excepción de los avisos de cancelación, toda notificación o aviso deberá ser enviada al Contratante y/o Asegurado Principal y/o Corredor de Seguros a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Compañía. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la póliza.

Las notificaciones o avisos enviados se entenderán dados desde la fecha de la entrega, depósito en las oficinas del correo o envío electrónico y todo plazo que dependa de las mismas comenzarán a contarse desde esa fecha.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante y/o Asegurado Principal, así como por el corredor por cuyo conducto se haya contratado el seguro. El Contratante y/o Asegurado Principal por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba en relación con esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal.

CLAUSULA XXV.- DOMICILIO, LEY APLICABLE Y JURISDICCION:

Para los efectos legales de esta póliza, la Compañía señala como domicilio legal la República de Panamá, a cuyos tribunales se somete expresamente para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

No obstante lo anterior, define que las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramientos si lo considera conveniente a sus intereses.

Este modelo de póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No. DRL-84 del 14 de Diciembre de 2016.

Este contrato queda sujeto a las leyes de la República de Panamá.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

CONTRATANTE

CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

Representante Autorizado

ANEXO I

**ACCIDENTES PERSONALES ASIENTO
TABLA DE INDEMNIZACIONES**

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	EN % DE LA SUMA ASEGURADA	
Estado absoluto e incurable de alineación mental que no permitiera al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%	
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente (Gran Invalidez)	100%	
DESMEMBRAMIENTO		
CABEZA		
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%	
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%	
Sordera total e incurable de un oído	15%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
MIEMBROS SUPERIORES	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
Pérdida total del pulgar	18	14
Pérdida total del índice	14	11
Pérdida total del dedo medio	9	7
Pérdida total del anular o meñique	8	6
MIEMBROS INFERIORES		
Pérdida total de una pierna	55	
Pérdida total de un pie	40	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35	
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30	
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40	
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20	
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30	
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15	
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15	
Anquilosis del empeine en posición funcional	8	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco cm.	15	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos tres cm.	8	
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8	
Pérdida total de otro dedo del pie	4	

Definición de Desmembramiento: Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional de dicho miembro lesionado.

Pérdida de falanges: La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis en posición no funcional, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratare de otros dedos.

Combinación de Incapacidades: Por la pérdida de varios miembros se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para incapacidad total y permanente.

Cuando la incapacidad así establecida llegara al 80%, se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente el 100% de la suma asegurada.

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

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

Peritajes: Si el Asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecha por la Compañía, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el asegurado y otro por la Compañía, y en caso de discordia entre ellos designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo en relación con este nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente de la Asociación Médica Nacional.

Los peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas satisfará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de los del tercero.