

COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

POLIZA COLECTIVA DE VIDA

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 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 de seguro del Contratante 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 o informes hechos y/o presentados por o en nombre del Contratante, 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, conforme a lo establecido en la **Cláusula XXIV – PRIMAS** de este contrato.

Si el contenido de este contrato no concordare con la oferta, el Contratante 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. De no aceptar el Contratante 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.

CLÁUSULA 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.- **ASEGURADO:** Es la persona natural a quien la Compañía ha expedido esta póliza y/o certificado de seguro.
- 2.- **BENEFICIARIO:** Es la persona natural o jurídica designada por el Asegurado a través del formulario designado para tal fin, a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma.
- 3.- **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, al Contratante o al corredor de seguros el certificado individual, quienes tendrán la obligación de entregarlo al Asegurado y conservar constancia de tal entrega.
- 4.- **CONDICION PRE-EXISTENTE:** Es toda condición médica, física y mental, enfermedad o lesión diagnosticada o no al Asegurado y 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 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 estos 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.

- 5.- **CONTRATANTE:** Es la persona jurídica o natural que acepta las obligaciones debidas a la Compañía, asumiendo los derechos y obligaciones correspondientes en nombre propio y en nombre de sus empleados o miembros asegurados, y quien se compromete al pago total de la prima estipulada para esta póliza.
- 6.- **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.
- 7.- **DISPUTABILIDAD:** Derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnizaciones de las mismas al Asegurado o beneficiario(s) por omisión, declaración inexacta o falsedad por parte del Asegurado en la información suministrada a la Compañía para la evaluación del riesgo.
- 8.- **ELEGIBLE:** Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por reunir las características que se encuentran detalladas en la **Cláusula XII. – ELEGIBILIDAD.**
- 9.- **EMPLEADO:** Trabajador a tiempo completo, que de modo regular y permanente trabaja en un oficio, puesto u oficina, en relación de dependencia económica y subordinación jurídica frente al Contratante.
- 10.- **MEDICAMENTO NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA:** Significa que un tratamiento, examen, prestación médica, procedimiento, suministro, medicamento o estancia en un Hospital, etc. (o parte de una estancia en un Hospital):
- Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento del Asegurado;
 - No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
 - Ha sido prescrito por un Médico;
 - Es consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en Panamá;
 - No pueda ser administrado fuera de un hospital sin poner en riesgo a el paciente; y
 - 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.

- 11.- **MOVIMIENTO DE ASEGURADOS:** Las inclusiones de asegurados tendrán efecto únicamente a partir de la fecha de aprobación de la inclusión por parte de la Compañía.

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido.

Cualquier cambio dentro de esta póliza que implique mayores coberturas para los Asegurados sólo tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación que la Compañía notifique por escrito. La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes antes de otorgar su aceptación.

- 12.- **PERIODO DE GRACIA:** Lapso de 30 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 pago de la misma, conforme a la forma 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.
- 13.- **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, contados 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.**
- 14.- **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.

CLÁUSULA III.- BENEFICIARIO:

Al ocurrir el fallecimiento de un Asegurado, con sujeción a las estipulaciones adicionales de esta sección, el seguro será pagado al(los) beneficiario(s) que el Asegurado haya designado en un formulario suministrado por, o satisfactorio a, la Compañía.

El Asegurado podrá de tiempo en tiempo cambiar el nombramiento del beneficiario sin aviso a, o el consentimiento del beneficiario anteriormente nombrado, dando aviso por escrito de ello por intermediario del Contratante en un formulario suministrado por, o satisfactorio a la Compañía, seguido lo cual al Asegurado se le suministrará una confirmación del cambio por conducto del Contratante, para que lo agregue a su certificado.

Si se nombrare más de un beneficiario y en dicho nombramiento el Asegurado hubiere dejado de especificar sus intereses respectivos, los beneficiarios participarán por partes iguales y el interés de cualquier de dichos beneficiarios, que falleciere antes que el Asegurado, pasará a los sobrevivientes por partes iguales o al sobreviviente.

Si con respecto a cualquier parte del seguro el Asegurado dejare de nombrar un beneficiario o ninguno de los beneficiarios nombrados sobreviviere al Asegurado, el pago se hará a los albaceas o administradores legales de la sucesión del Asegurado, formalmente constituidos. La misma regla se observará en caso de que el beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existieren designados beneficiarios sustitutos o no se hubiere hecho nueva designación.

Cualquier suma pagadera a un beneficiario menor de edad o en otra forma incapaz de extender un finiquito válido por cualquier pago que deba hacerse, podrá ser pagada al curador legalmente nombrado de dicho beneficiario.

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 IV.- CÁLCULO DE LA PRIMA:

La prima en cada vencimiento será igual al producto de la suma asegurada total en vigor del grupo, por la tarifa promedio por millar entonces en vigor.

En cada aniversario de la póliza se calculará la tarifa promedio por millar de suma asegurada, que se aplicará al periodo siguiente.

Los ajustes que sean necesarios efectuarse a la prima con motivo de las altas y bajas que ocurran durante la vigencia del seguro, se harán de la siguiente manera:

En los casos de baja se reembolsará al Contratante las primas pagadas a las cuales no haya adquirido derecho la Compañía por haberse cancelado o reducido el seguro del miembro del grupo. En los casos de nuevos asegurados que ingresen posterior a la fecha o aniversario de la póliza o de cualquier aumento en los seguros ya en vigor, se cobrará al Contratante una prima adicional. En ambos casos, la prima se calculará a partir del mes en que empezó a surtir efecto la cancelación, reducción, entrada o aumento de seguros y la del vencimiento de la próxima prima.

Los ajustes de primas, fueren resultado de error, demora administrativa o cualquier otra causa que envuelvan una devolución de primas no devengadas al Contratante, se limitarán al periodo de doce (12) meses inmediatamente precedentes a la fecha en que la Compañía reciba la prueba de que dichos ajustes deben hacerse.

CLÁUSULA V.- CARENCIA DE RESTRICCIONES:

La presente póliza no estará sujeta a restricción alguna, a la ocupación, a los viajes y en general al género de vida de los asegurados, salvo las restricciones que se encuentren estipuladas en los beneficios adicionales en caso de que la póliza las contenga.

CLÁUSULA VI.- DERECHO DE SUBROGACIÓN:

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 sufridas por el asegurado, ya sean causadas por terceras personas. La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos o de los aseguradores de estos. En igual forma la Compañía lo podrá hacer del asegurado si dicho Asegurado ha recuperado los pagos en violación al derecho de subrogación.

La Compañía hará efectivo el desembolso de los beneficios al Asegurado, sujeto a que el Asegurado o sus Herederos Legales:

- a) Firmen el documento de subrogación a favor de la Compañía, y
- b) No tomen ni hayan tomado acción alguna que pueda perjudicar los derechos subrogados, y
- c) Cooperen y asistan a la Compañía en toda y cada una de las gestiones que esta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

CLÁUSULA VII.- CESIÓN 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.

CLÁUSULA VIII.- DISPUTABILIDAD:

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante para la apreciación del riesgo.

El periodo de Disputabilidad de los miembros asegurados se contará a partir de la fecha de efectividad del Asegurado en la póliza. En el caso de aumentos de Suma Asegurada, el periodo de Disputabilidad se contará a partir de la fecha en que la Compañía apruebe dicho aumento.

La cobertura de los miembros asegurados será disputable durante los primeros 24 meses de cobertura por omisión, declaración inexacta u ocultamiento de información relevante para la selección del riesgo por parte de la Compañía. El periodo de disputabilidad se contará a partir de la fecha en que se acepta la cobertura de cualquiera asegurado. En caso de incrementos de suma asegurada la Cláusula de disputabilidad empezará a regir para el aumento a partir del momento en que la Compañía acepte dicho incremento. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y sus consecuencias será disputable durante los primeros 5 años de cobertura.

En el caso de rehabilitaciones, el periodo de Disputabilidad se contará a partir de la fecha en que la cobertura del Asegurado ha sido rehabilitada.

CLÁUSULA IX.- EDAD MÁXIMA DE ADMISIÓN:

La edad máxima de admisión para ingresar a la póliza será 60 (sesenta) años, salvo que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA X.- EDAD DE TERMINACIÓN :

La edad de terminación será al cumplimiento de 70 (setenta) años, salvo que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA XI.- EDAD FUERA DE LÍMITE:

En caso de que la edad real de un asegurado en la fecha de su ingreso al grupo fuese mayor a los límites de admisión establecidos en las Condiciones Particulares, será nulo el seguro correspondiente a dicho asegurado, limitándose la obligación de la Compañía a devolver las primas no devengadas respecto a ese asegurado.

CLÁUSULA XII.- ELEGIBILIDAD:

Las clases de empleados elegibles para el seguro bajo esta póliza serán las siguientes:

- a. Todos los empleados activos y permanentes de este grupo asegurado.
- b. Todos aquellos empleados que por primera vez ingresen en servicio activo al Contratante y hagan solicitud para formar parte del grupo.

Los empleados elegibles para el seguro deberán laborar en jornada completa con un mínimo de 40 horas semanales, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cualquier empleado asegurado bajo esta póliza, cuyo seguro expiró con motivo de haber terminado su empleo o de haber cesado de pertenecer a las clases elegibles, será elegible para dicho seguro desde el día en que sea de nuevo un empleado dentro de las clases elegibles.

Si un empleado que al terminar el empleo o dejar de pertenecer a las clases elegibles convirtió la totalidad o parte de su seguro anterior bajo este documento en una Póliza Individual, y llega a ser de nuevo un empleado dentro de las clases elegibles y la Póliza Individual continúa en vigor en la fecha en que él llegaría a ser elegible para el seguro bajo este documento, la elegibilidad de dicho empleado respecto al monto de dicho seguro será pospuesta hasta que presente a la Compañía prueba satisfactoria de que es asegurable.

CLÁUSULA XIII.- FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

La fecha de efectividad bajo la presente póliza será la siguiente:

- a. Para los empleados en servicio activo al momento de la emisión de la póliza, será a partir de la fecha de expedición de esta póliza.
- b. Para los nuevos empleados contratados después de la fecha de expedición de la póliza y cuya solicitud de seguro sea recibida en la Compañía, la fecha de efectividad será a partir de la fecha en que tal solicitud sea evaluada y aprobada por la compañía de Seguros.

CLÁUSULA XIV.- GRUPO ASEGURABLE Y GRUPO ASEGURADO:

Se entenderá que el grupo asegurable está constituido por todas las personas que pertenezcan al que representa el Contratante y que reúnan los requisitos para ser asegurados mediante esta póliza. El grupo asegurado lo integran las personas que perteneciendo al grupo asegurable y habiendo firmado los consentimientos respectivos, aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados.

CLÁUSULA XV.- INVASIÓN, 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 de terrorismo (incluyendo pero no limitado a) el 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 causado 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 XVI.- PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN:

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.

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 la vida del Asegurado se pagará al beneficiario o beneficiarios de esta póliza. Todas las otras indemnizaciones se pagarán al propio Asegurado o a su Representante Legal, si tuviera uno.

CLÁUSULA XVII.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:

Serán obligaciones del Contratante:

- a. Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos en los que deberán expresarse el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de beneficiario(s) y si ésta se hace en forma irrevocable.
- b. Comunicar, en un plazo máximo de quince (15) días, las separaciones definitivas del grupo asegurado.
- c. Dar aviso, dentro del término de quince (15) días, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas.
- d. Enviar a la Compañía nuevos consentimientos de los asegurados en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

CLÁUSULA XVIII.- PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN:

Si el seguro de un asegurado bajo la póliza finaliza por razón de haber terminado su empleo, haber alcanzado la edad de terminación de la póliza o haberse separado del grupo en el caso de pólizas de seguros voluntarios, dicho asegurado tendrá derecho a que la Compañía le expida, sin necesidad de comprobar que es asegurable, una póliza de seguro de vida individual sin beneficios por Incapacidad u otros beneficios adicionales, siempre y cuando el asegurado hubiese estado dentro del grupo asegurado durante 5 (cinco) años consecutivos inmediatamente precedentes a su salida, que a la Compañía se le solicite la póliza individual y se le pague la primera prima dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la salida del asegurado y siempre que, además:

- a. La póliza individual, a opción del empleado, será de cualquiera de las clases, exceptuando el seguro temporal cuya duración sea inferior a 10 años, que la Compañía entonces acostumbre expedir para la edad y por la suma que se solicite;
- b. El monto de dicha póliza individual será igual a, o a opción del empleado menor que, el monto del seguro del empleado bajo la póliza colectiva que expiró por razón de la terminación de su empleo, haber alcanzado la edad de terminación de la póliza o haberse separado del grupo en el caso de pólizas de seguros voluntarios;
- c. La prima correspondiente a dicha póliza individual será al tipo que la Compañía entonces acostumbre aplicar a la clase y monto de la póliza individual, a la clase de riesgo al que el empleado entonces pertenezca y a la edad alcanzada por él en la fecha efectiva de la póliza individual.

Si la póliza colectiva termina o es enmendada para dar fin al seguro de cualquier clase de empleados, todo empleado cuyo seguro bajo la póliza colectiva termine por razón de la terminación de dicha póliza o enmienda y que hubiere estado continuamente asegurado por la Compañía bajo la póliza colectiva o cualquier que ella reemplazó, por lo menos durante los cinco (5) años inmediatamente precedentes a la terminación de dicha póliza o enmienda, tendrá derecho a que la Compañía le expida una póliza de seguro de vida individual con sujeción a las mismas condiciones y limitaciones que tendrían aplicación si el empleo hubiere entonces terminado.

Cualquier póliza individual expedida bajo las estipulaciones de esta sección será efectiva al expirar el periodo de treinta y un (31) días durante el cual puede hacerse la solicitud de dicha póliza individual y reemplazará todos los beneficios bajo la póliza colectiva.

En caso de fallecer un empleado dentro del periodo de treinta y un (31) días dentro del cual puede hacerse solicitud para una póliza individual, la Compañía pagará como reclamación por fallecimiento bajo la póliza colectiva la suma máxima de seguro que de otro modo hubiera sido convertida, si hubiere hecho o no la solicitud de póliza individual o el pago de la primera prima correspondiente a ella.

CLÁUSULA XIX.- RECTIFICACIÓN DE LA EDAD:

Si la edad de un Asegurado fuese indicada erróneamente a la Compañía y la suma asegurada de tal asegurado dependa de la edad, la Compañía enmendará la suma asegurada de acuerdo a la edad correcta y realizará el ajuste de prima correspondiente. Si como consecuencia de dicha rectificación resulte que el Asegurado no era elegible para dicha suma asegurada, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de primas pagadas durante dicho periodo.

CLÁUSULA XX.- REGISTRO DE ASEGURADOS:

La Compañía llevará un registro de asegurados en el que consten por lo menos los siguientes datos: Nombre y fecha de nacimiento de cada uno de los miembros del grupo, suma asegurada que corresponda a cada uno, beneficiario(s) nombrado(s) por el Asegurado, fechas en que entran en vigor los seguros, fechas de terminación de los mismos y número de los certificados individuales.

La Compañía suministrará al Contratante una lista similar con fecha igual a la expedición de esta póliza y comunicará al Contratante todos los cambios subsiguientes en sus listas.

CLAUSULA XXI.- SUICIDIO:

Durante el primer año de efectividad del asegurado, no se pagará fallecimiento a consecuencia de Suicidio, estando éste o no en su sano juicio, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará a devolver las primas recibidas a partir de la fecha de efectividad del asegurado, siempre y cuando no se hubiese pagado indemnización bajo ninguna cobertura.

CLÁUSULA XXII.- TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL:

El seguro de un empleado automáticamente terminará inmediatamente en la primera de las siguientes fechas:

- a. La fecha de terminación de su empleo con el Contratante o en que deje de pertenecer a la clases elegibles;
- b. La fecha de terminación de la póliza;
- c. La fecha de expiración del último periodo al cual él ha contribuido, en caso de haber dejado de hacer, a su vencimiento, cualquier contribución al pago de las primas según convino por escrito; excepto, que este ordinal (c) no se aplicará al seguro bajo el plan como no-contribuyente;
- d. La fecha en que sea pensionado o jubilado;
- e. Al cumplir 70 años de edad.
- f. Al tener una morosidad de 60 días o más en el caso de seguros contributivos.

CLÁUSULA XXIII.- PRESCRIPCIÓN:

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 XXIV.- PRIMAS:

Cualquiera que sea la forma de pago, el Contratante 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 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, según lo establecido en el Artículo 156 de la Ley 12 del 03 de Abril de 2012. 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 XVII.- CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.**
3. Si por error se recibe el pago de prima de personas que no tengan derecho a gozar de los beneficios de la póliza por cualquier motivo e incluso posterior a la cancelación, la Compañía no estará obligada a indemnizar suma alguna y solamente deberá efectuar la devolución de las primas recibidas.

CLÁUSULA XXV.- 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 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 las primas correspondientes 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, según lo establecido en el Artículo 154 de la Ley 12 del 03 de Abril de 2012.

CLÁUSULA XXVI.- 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 del pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago establecida, a la emisión y renovación de la póliza.
2. Cuando el Contratante solicite por escrito a la Compañía la cancelación de esta póliza.
3. Por falta de pago de las primas, según lo establecido en las Cláusula XXIV – PRIMAS y XXVII.-CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.
4. Por dejar de residir en Panamá o al estar fuera de la República de Panamá por más de dos (2) meses consecutivos;
5. Falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.
6. 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.
7. Al llegar el Asegurado a la edad de 70 (setenta) años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la póliza.
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.

CLÁUSULA XXVII.- 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 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 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, según lo establecido en el Artículo 161 de la Ley 12 del 03 de Abril de 2012.

Otras Causas:

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

- b. La Compañía podrá cancelar esta póliza en el primer aniversario de la póliza o en cualquier fecha siguiente de vencimiento de la prima, dando aviso escrito al Contratante por lo menos con treinta (30) días de anticipación, si en la fecha de terminación señalada en dicho aviso el número de empleados asegurados fuere menor de diez (10) o menos del 75% del número de empleados elegibles para el seguro de acuerdo con este documento.
- c. La Compañía podrá cancelar esta póliza cuando el Contratante deje de enviar a la Compañía las declaraciones durante dos (2) meses consecutivos en pólizas Declarativas, dando aviso escrito al Contratante con treinta (30) días calendarios de anticipación.

CLÁUSULA XXVIII.- REHABILITACIÓN:

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

- 1. El Contratante 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.

CLÁUSULA XXIX.- 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.

CLÁUSULA XXX.- NOTIFICACIONES:

Con excepción de los avisos de cancelación, toda notificación o aviso deberá ser enviada al Contratante 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 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 a la Compañía conforme a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante, así como por el corredor por cuyo conducto se haya contratado el seguro. El Contratante 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, a excepción de la cancelación donde es necesario la comunicación por escrito del Contratante.

CLÁUSULA XXXI.- DOMICILIO, LEY APLICABLE Y JURISDICCIÓN:

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. DRLA-063 del 20 de Octubre de 2017.

Este contrato está 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

**COLECTIVO DE VIDA
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 tratase del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratase 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.