

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PLAN TEMPORAL FLEX

CLÁUSULA 1: EL CONTRATO

El presente contrato se basa en la solicitud del Asegurado y en sus declaraciones hechas a la Compañía y al Médico Examinador, así como en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en los Endosos realizados a la póliza.

CLÁUSULA 2: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En virtud de este seguro de vida, el monto asegurado se pagará al o a los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante el período de vigencia de la póliza, previa entrega de la presente póliza y habiéndose presentado la documentación requerida por la Compañía.

CLÁUSULA 3: INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este Contrato entra en vigor en la fecha de su expedición, indicada en las Condiciones Particulares, la responsabilidad de la Compañía con respecto al Seguro comienza solamente en el momento, en que haya aceptado la solicitud y recibido la primera prima anual o la fracción convenida y siempre que el Asegurado se encuentre en buen estado de salud.

Este Contrato termina en la fecha en que se verifique el primero de alguno de los siguientes eventos:

- a) La fecha en que se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los beneficiarios designados percibirán la indemnización por fallecimiento que les corresponda.
- b) Luego de transcurrido el período de suspensión indicado en el aviso de cancelación enviado al asegurado según detalla la CLÁUSULA 8 de estas Condiciones Particulares.
- c) La fecha de vencimiento de esta cobertura que figura en las Condiciones Particulares.
- d) Solicitud de cancelación por parte del contratante.

CLÁUSULA 4: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El contratante podrá instituir, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del asegurado, a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si la relación entre el Contratante y el Asegurado fuera laboral, y el contrato fuera un beneficio al personal, el derecho de nombrar él o los Beneficiarios pasará a favor del Asegurado.

Designados varios beneficiarios sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales. El porcentaje asignado a cada beneficiario será detallado en la Condiciones Particulares.

A falta de beneficiarios instituidos por el contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado así declarados judicialmente, en los porcentajes establecidos en el testamento, o a falta de herederos testamentarios, a los herederos así declarados judicialmente.

En caso de que uno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supervivientes, acreciendo proporcionalmente la cuota parte

previamente asignada, salvo figure lo contrario en las Condiciones Particulares que en caso de muerte de un Beneficiario sea reemplazado por una o varias personas.

El contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la compañía aseguradora. Toda revocación y nueva designación no tendrá validez a menos que sea presentada por escrito y aceptada por la aseguradora.

Si el contratante cede, grava, cauciona o transfiere sus derechos con relación a la póliza, esto deberá ser notificado debidamente por escrito a la Compañía, la que lo hará constar en la póliza por medio de un endoso. Sin el cumplimiento de estos requisitos, los convenios entre el contratante de la póliza y terceros no tendrá ningún valor para la Compañía.

Un recibo o finiquito por cualquier suma a pagar en caso de fallecimiento del Asegurado, firmado por el Beneficiario que tiene derecho a la suma a pagar de acuerdo con las disposiciones de esta póliza, será descargo correcto y válido para la Compañía, y será prueba definitiva y terminante de que tal suma ha sido debidamente pagada y recibida por la persona legalmente acreedora a ello, y que todo reclamo o demanda contra la Compañía al respecto ha sido totalmente satisfecho.

CLÁUSULA 5: CESION

El contratante podrá ceder a terceros la póliza de seguro, como garantía de una deuda u obligación.

Para solicitar una cesión a la póliza, el contratante deberá hacerlo a través de carta firmada o indicándolo directamente en la solicitud de seguro, donde deberá detallar el monto a ceder y la Persona Natural o Jurídica que será la cesionaria. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros, no tendrá ningún valor para la Compañía.

El contratante podrá dejar sin efecto la cesión pactada con un tercero en el momento que lo estime conveniente y siempre que el cesionario manifieste su conformidad. Ambos deberán comunicar el término de la cesión al asegurador a través de carta certificada junto con remitir la póliza correspondiente, a fin de anular en ella la cesión registrada con anterioridad.

CLÁUSULA 6: INDEMNIZACIÓN

Una vez que la aseguradora acepte su responsabilidad por la indemnización de su reclamo por siniestro cubierto, y siempre que no exista ninguna acción judicial o investigación oficial en relación al siniestro ocurrido, la Compañía deberá dentro de los siguientes treinta (30) días calendarios, proceder a indemnizar al asegurado según los términos de esta póliza.

CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMAS

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 establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. 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, en caso que dentro de este período ocurriese el fallecimiento del asegurado, la prima anual no pagada o fracción complementaria de la prima por el año corriente del seguro será deducida de la suma exigible en virtud de la presente póliza.

CLÁUSULA 8: SUSPENSIÓN DE COBERTURA

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 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 período de suspensión o hasta que la póliza sea cancelada.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante 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 quince (15) días hábiles a la finalización del período de suspensión de la cobertura. Copia del aviso deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado, 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.

CLÁUSULA 9: EXTENSIÓN DE COBERTURA Y EXCLUSIONES

La cobertura que otorga esta póliza no impone restricciones al asegurado en cuanto a lugar de residencia, profesión, oficio, o actividad lícita en general, presente o futura, a menos que se indique específicamente en las Condiciones Particulares o en las Condiciones Generales. En los casos en que el asegurado declare realizar actividades o deportes calificados como peligrosos por el asegurador, éste podrá cubrir dichos riesgos previa aceptación por parte del contratante del mayor costo de cobertura que corresponda.

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

- a) **Suicidio, auto mutilación o auto lesión.**
No obstante, la compañía aseguradora pagará el monto asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento como consecuencia de suicidio ocurriera luego de dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- b) **Realización de una actividad o deporte riesgoso, que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo al costo de cobertura del riesgo. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- c) **Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.**
- d) **Por participación en cualquier acto delictivo o pena de muerte (en un país que aplique este castigo)**

De ocurrir el fallecimiento del asegurado en alguna de las circunstancias antes señaladas, se producirá la terminación del seguro, estando obligado el asegurador a pagar el valor de las primas abonadas menos los gastos incurridos hasta la fecha del fallecimiento al Contratante, salvo que éste sea la misma persona que el asegurado, en cuyo caso se pagará a los Beneficiarios.

CLÁUSULA 10: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable cuando hayan transcurrido dos (2) años completos desde su entrada en vigencia o su rehabilitación, salvo lo expresado en el Artículo 1000 del código de comercio de la República de Panamá. El Contratante de la Póliza tendrá derecho, si lo hubiera, al Valor de las primas pagadas menos gastos incurridos.

CLÁUSULA 11: PRÉSTAMOS Y VALORES DE RESCATE

Por tratarse de un Seguro a Término, esta Póliza no da derecho a préstamo, ni a Valores Garantizados, ni a devolución alguna después de terminarse el Período Temporal del Seguro.

CLÁUSULA 12: EDAD

Si la edad del Asegurado hubiera sido erróneamente declarada, la suma pagadera bajo esta Póliza será aquella, que con la prima pagada hubiese podido obtener, de haberse declarado la edad correcta.

CLÁUSULA 13: DEUDAS

Las deudas a favor de la Compañía contraídas en virtud de la presente Póliza, constituyen el primero y principal gravamen sobre ésta, con preferencia a la reclamación de Beneficiarios, Cesionarios o de cualquier otra persona y como tales, serán deducidos previamente a cualquier liquidación definitiva del Contrato.

CLÁUSULA 14: MONEDA

Los capitales asegurados, el Valor de la Póliza, el cargo por rescate y las primas correspondientes a esta póliza están expresados en Balboas o en Dólares de los Estados Unidos.

CLÁUSULA 15: MODIFICACION DEL CONTRATO

Cualquier modificación al contrato deberá ser solicitado por escrito y presentar el correspondiente contrato. La modificación deberá ser refrendada por los representantes autorizados de la Compañía, de lo contrario dicho cambio carecerá de todo valor, siempre y cuando esta modificación se encuentre debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

CLÁUSULA 16: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza. Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en el presente contrato, se harán en forma expresa y fehacientemente en el domicilio de la otra parte. El contratante está obligado en informar al asegurador en caso de cambio de domicilio.

CLÁUSULA 17: OPCION DE CONVERSION

En cualquier momento mientras esta Póliza esté en vigor y sus primas no estén exentas en virtud del Privilegio opcional de Relevación de Pago de Primas en caso de Incapacidad Total y Permanente, el Asegurado que no exceda de 60 años podrá convertirla en cualquier otro plan de Vida Entera que La Compañía ofrezca dentro de su cartera, previo cumplimiento de los requisitos que esta última determine.

CLÁUSULA 18: OPCION DE LIQUIDACION DE LA SUMA ASEGURADA

El capital exigible bajo este Contrato podrá ser pagado de acuerdo con alguna de las siguientes opciones:

- a) Pago Único del Beneficio por Fallecimiento
El Asegurador abonará la indemnización correspondiente al o los beneficiarios en una sola suma. En caso de que no se haya optado por ninguna forma de plan de pagos se interpretará que se ha optado por esta opción de pago único.

b) Renta Temporal por un Plazo Determinado

El Asegurador abonará al o los beneficiarios, durante la cantidad de años (con un máximo de 10) un importe periódico, igual y consecutivo. Para calcular el importe de cada pago periódico se utilizará la tasa de interés periódica equivalente a la tasa efectiva anual establecida por la Compañía al momento de instrumentarse esta opción. Se podrá pactar que la frecuencia de pago de la renta sea mensual, trimestral, semestral o anual.

c) Pagos Periódicos de Suma Fija

El Asegurador abonará al o los beneficiarios, según la frecuencia de pago convenida, el importe determinado. Para calcular la cantidad de pagos a realizar se utilizará la tasa de interés periódica equivalente a la tasa efectiva anual establecida por la Compañía al momento de instrumentarse esta opción.

Convenio Suplementario. En caso de ser efectiva la opción **b** o **c**, esta Póliza será entregada a la Compañía a cambio de un Convenio Suplementario, en que consta la forma de la liquidación escogida. Este Convenio Suplementario no podrá ser cedido. La fecha efectiva de emisión del Convenio Suplementario será la muerte del Asegurado o el vencimiento de la Póliza como una dote.

Disposiciones Generales. La cantidad mínima de la suma neta aplicable, de acuerdo con cualquier opción de liquidación para cualquier Rentista será la especificada en las Condiciones Particulares de póliza; las sumas netas por cantidades menores vencidas a cualquier Rentista serán pagaderas en una sola suma.

Si en cualquier tiempo, los pagos de intereses o de abonos son o lleguen a ser menores a los especificados en las Condiciones Particulares de póliza, la Compañía tendrá el derecho a cambiar la frecuencia de pagos a intervalos, que den como resultado abonos iguales o superiores a los especificados en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 19: REHABILITACION

El contratante puede optar mediante una notificación por escrito a la Compañía, por rehabilitar una póliza que ha terminado, según lo señalado en el inciso **b** del artículo 3 de estas Condiciones Generales. Ésta podrá ser rehabilitada en cualquier momento dentro del período y edad máxima permitida del asegurado señalado en las Condiciones Generales, siguiente a la fecha de la terminación anticipada, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- a) El asegurado debe ser asegurable de acuerdo con las reglas uniformes de la compañía, quedando a cargo del contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- b) Se deberá hacer efectivo el pago del monto adeudado por la cobertura otorgada durante el período de gracia y el período de suspensión de cobertura.
- c) Toda rehabilitación debe ocurrir antes de la fecha de vencimiento de esta póliza.

El plazo estipulado para la impugnación del contrato por indisputabilidad (CLÁUSULA 10), como así también el tratamiento en caso de suicidio que se menciona en el inciso **a** de la CLÁUSULA 9, comenzará a regir nuevamente desde el momento de la rehabilitación.

CLÁUSULA 20: EXTRAÑO O DESTRUCCION DE LA POLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el asegurador, a petición del contratante expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del contratante. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

CLÁUSULA 21: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Establece: La veracidad de la declaración hecha por el asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios y complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales del contrato de seguro.

Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud y a su historia médica, ocupación, actividades y deportes riesgosos del asegurado, que pudieran influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia que conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para proceder a la rescisión del contrato, en cuyo caso se devolverá al contratante o en defecto a los beneficiarios el valor de las primas percibidas sin intereses o con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza.

LOS SIGUIENTES CONTRATOS SUPLEMENTARIOS (BENEFICIOS ADICIONALES) ESTAN SUJETOS AL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL POR CADA UNO.

SALVO QUE EL ASEGURADO LOS INCLUYA, EXPRESAMENTE, EN LA SOLICITUD DEL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL Y SE ESPECIFIQUEN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA POLIZA O MEDIANTE ENDOSO, LOS CONTRATOS SUPLEMENTARIOS ADJUNTOS A ESTAS GENERALES NO SE CONSIDERAN PARTE DE ESTA POLIZA NI DE SUS COBERTURAS.

BENEFICIO DEL PAGO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULA 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá al Asegurado el beneficio que acuerdan estas Condiciones Generales Específicas cuando su estado de invalidez total y permanente por enfermedad o lesiones corporales no le permita realizar tres o más de las seis funciones esenciales de la vida tales como comer, vestirse, desplazarse, etc., sin la ayuda de otra persona o desempeñar cualquier trabajo lucrativo para el cual se encuentre capacitado, y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido de total y permanente, y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 6 meses consecutivos y se hubiera iniciado durante la vigencia de esta cobertura y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

En las notificaciones de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en la cláusula 6° de estas Condiciones Generales Específicas, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente. No obstante, la Compañía reconocerá como incapacidad total y permanente sin excepciones, la parálisis producida por lesión de la columna vertebral, o la pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos, o la pérdida por inhabilitación funcional total y definitiva o por la amputación de ambas manos arriba de las muñecas o de ambos pies arriba de los tobillos.

Por Funciones esenciales de la vida se entiende lo siguiente:

- a) Lavarse: La capacidad de lavarse en una tina o una ducha (incluyendo el entrar o salir de ellas) o de bañarse con otros medios.
- b) Vestirse y desvestirse: La capacidad de ponerse y quitarse de manera segura y sin cerrar todo tipo de indumento, y de ser el caso, brazos o pies artificiales, etc.
- c) Ingerir comida: La capacidad de ingerir comida preparada.
- d) Aseo: La capacidad de utilizar el baño o controlar las funciones del intestino y de la vejiga para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal.
- e) Desplazarse: La capacidad de desplazarse dentro de la casa, de habitación a habitación sobre una superficie plana.
- f) Levantarse y acostarse: La capacidad de moverse sin ayuda de la cama a una silla de ruedas o una silla común, y viceversa.

CLÁUSULA 2: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la invalidez total y permanente acordará la exención del costo del seguro de vida previsto en la Cobertura Básica, así como del cargo de administración mensual, el costo de la "cobertura del seguro temporal adicional" sobre asegurados adicionales, si se hubiesen contratado estas coberturas adicionales.

Se deja expresamente establecido que, una vez otorgado el beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas, el Contratante no podrá efectuar modificaciones en el Capital Asegurado de las Coberturas descritas anteriormente.

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas tendrá efecto a partir de la fecha de la notificación. No obstante, el monto del beneficio de exención del costo del seguro previsto corresponderá a las coberturas vigentes a la

fecha de ocurrencia del hecho invalidante. La fecha de ocurrencia del hecho invalidante será aquella que un médico en ejercicio de su profesión, aprobado o designado por la Compañía determine como fecha efectiva de la invalidez. Todo incremento en los Capitales Asegurados de la Cobertura Básica o de la Cobertura Adicional Temporal, efectuado con posterioridad a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante será considerado nulo a los efectos del otorgamiento de este beneficio.

CLÁUSULA 3: Costo de esta cobertura

El costo mensual de esta cobertura estará incluido en la prima básica mensual, siempre y cuando esta cláusula adicional se encuentre vigente.

CLÁUSULA 4: Peligros No cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de estas Condiciones Generales Específicas las consecuencias de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones automóbiles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio chárter autorizados.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- e) Guerra declarada o no.
- f) Si el asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país.
- g) Tentativa de suicidio o lesión corporal infringida a sí mismo intencionalmente o por su voluntad.
- h) Participación en empresa criminal
- i) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- k) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiere participado como elemento activo.
- l) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- n) Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- o) Embarazo Normal o incapacidad producida por parto.
- p) La práctica, profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, u otras actividades de análogas características.
- q) La dedicación profesional al armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros y otros animales, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fábricas o usinas de laboratorios con exposición de radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

CLÁUSULA 5: Agravación del Riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta.

Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravare el riesgo – de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada – la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

CLÁUSULA 6: Procedimiento en caso de Reclamo

Una vez ocurrido el accidente o notificada la enfermedad, el contratante, el asegurado, o su representante, debe presentar a la compañía dentro de los diez (10) días siguientes, un informe completo del médico tratante, indicando lo ocurrido, condición que se encontraba el asegurado al momento de ser atendido por tal causa, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Corresponde al Contratante, al Asegurado o a su representante:

- a) Notificar la existencia de la invalidez.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

CLÁUSULA 7: Continuidad de la Invalidez

No obstante haberse reconocido como total y permanente la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, éste sólo continuará mientras subsista ese estado. La Compañía podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por año, las pruebas que estime necesarias para evaluar la persistencia de la invalidez, incluso un examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo. Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los treinta (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación, o si la invalidez hubiere dejado de ser total, la Compañía suspenderá desde ese momento el beneficio acordado.

CLÁUSULA 8: Valuación por Peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la fecha de ocurrencia del hecho invalidante o sobre la apreciación acerca del estado de invalidez del Asegurado, se recurrirá al juicio de dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer médico no fuere electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Cada parte pagará los honorarios del médico que designó y los correspondientes gastos médicos; los honorarios del tercer facultativo se pagarán por ambas partes, mitad y mitad.

CLÁUSULA 9: Inicio y terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas rige desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares y cesa en caso que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.
- b) Al cancelarse la póliza de acuerdo a lo estipulado en la CLÁUSULA 8 de la Condiciones Generales del Seguro a Término Plan Temporal Flex.
- c) Si se rescindiere la presente cobertura adicional.
- d) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- e) Por las circunstancias previstas en la cláusula 5 de estas condiciones generales específicas.

CLÁUSULA 10: Determinación de la Cobertura

Con esta cláusula se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjunta indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones descritas.

CLÁUSULA 11: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal aplicará en este endoso.

CLÁUSULA 12: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Las primas de este beneficio quedan sujetas a lo expuesto en las Cláusulas 7 y 8 de las Condiciones Generales del Seguro Plan Temporal Flex.

CLÁUSULA 13: Inclusión del beneficio

En caso de solicitar inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado.

BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

CLÁUSULA 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía pagará el beneficio establecido en la CLÁUSULA 2 de estas Condiciones Generales Específicas en el caso que el Asegurado sufiere – antes de haber cumplido los 65 años de edad – un accidente que fuera la causa de su muerte. A los efectos de estas Condiciones Generales Específicas, se considera accidente a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del asegurado, descartándose, por lo tanto, las enfermedades e infecciones.

El capital asegurado, a los efectos de los beneficios en esta cláusula figurará en las Condiciones Particulares, bajo la denominación: “Capital Asegurado de la Cláusula de Beneficio Adicional por Muerte Accidental”. El capital nunca podrá ser superior al Capital Asegurado de la cobertura básica sujeto a un máximo de B/. 300,000.

CLÁUSULA 2: Nivel de Beneficios

La Compañía, comprobado el accidente y aprobado el siniestro, abonará a los beneficiarios instituidos el Capital Asegurado de la Cláusula de Beneficio Adicional por Muerte Accidental, que figura en las Condiciones Particulares de Póliza, equivalente a un porcentaje del Capital Asegurado de la Cobertura Básica vigente al inicio del mes de ocurrencia del accidente que da origen al hecho cubierto por esta cláusula.

El porcentaje referido se haya detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicho porcentaje, en ningún momento podrá ser superior al 100%.

CLÁUSULA 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de la cobertura básica y, en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna del beneficio a pagar por la cobertura principal. No obstante, en caso de haberse contratado la presente cobertura adicional y la cobertura de Beneficio Adicional por Invalidez Total y Permanente, en caso de producirse un siniestro que corresponda ser pagado por ambas coberturas adicionales mencionadas, la Compañía sólo pagará el monto que resulte superior de ambos beneficios.

CLÁUSULA 4: Riesgos no Cubiertos

Quedan expresamente exceptuados de la cobertura que otorga la Compañía los accidentes ocurridos como consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.**
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.**
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio chárter autorizados.**
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.**
- e) Participación en deportes peligrosos.**
- f) Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión civil o militar, insurrección, riñas o actos delictuosos en que el asegurado participe por culpa grave del mismo o de los beneficiarios.**

- g) Lesiones causadas por el asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio, así como lesiones causadas (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al asegurado intencionalmente por los beneficiarios de la póliza.
- h) Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- k) Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la póliza.
- l) Accidentes ocasionados por ataques cardiacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan en estado de embriaguez o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de las drogas o en estado de sonambulismo.
- m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- n) Participación en duelo o riña salvo que se tratase de legítima defensa.

CLÁUSULA 5: Comprobación del Accidente

Para tener derecho al beneficio adicional que contemplan estas Condiciones Generales Específicas, se requiere que el accidente sea informado a la Compañía dentro de los 10 días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; que el fallecimiento se produzca dentro de 90 días del accidente; que se suministren a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente, la forma en que se produjo, reservándose ésta el derecho y la oportunidad de exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo designado por ella.

Comprobado el accidente, la Compañía procederá a pagar el beneficio acordado por estas Condiciones Generales Específicas.

CLÁUSULA 6: Valuación por peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación del accidente, esta será analizada por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirlo dentro de un plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos médicos serán soportados en el orden causado; los honorarios del tercer facultativo quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones serán rechazadas.

CLÁUSULA 7: Agravación del Riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta.

Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravare el riesgo – de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada – la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

CLÁUSULA 8: Inicio y Terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares y esta terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) **Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.**
- b) **Al cancelarse la póliza de acuerdo a lo estipulado en la CLÁUSULA 8 de las Condiciones Generales del Seguro Plan Temporal Flex.**
- c) **Si se rescindiere la presente cobertura adicional.**
- d) **A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.**
- e) **Si la póliza cubre un riesgo de invalidez total y permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado queda comprendido en sus beneficios.**

CLÁUSULA 9: Determinación de la cobertura

Con esta cobertura se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjunta indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones descritas.

CLÁUSULA 10: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Las primas de este beneficio quedan sujetas a lo expuesto en las Cláusulas 7 y 8 de las Condiciones Generales del Seguro Plan Temporal Flex.

CLÁUSULA 11: Incremento e Inclusión del beneficio

En caso de solicitar incremento de Suma Asegurada o inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado.

BENEFICIO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULA 1: Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá al Asegurado el beneficio que acuerdan estas Condiciones Generales Específicas cuando su estado de invalidez total y permanente por enfermedad o lesiones corporales no le permita realizar tres o más de las seis funciones esenciales de la vida tales como comer, vestirse, desplazarse, etc. sin la ayuda de otra persona o desempeñar cualquier trabajo lucrativo para el cual se encuentre capacitado, y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido de total y permanente, y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis meses consecutivos y se hubiere iniciado durante la vigencia de la cobertura y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

El Capital Asegurado, para los efectos de los beneficios en esta cláusula, figurará en las Condiciones Particulares bajo la denominación: "Capital Asegurado del Beneficio Adicional por Invalidez Total y Permanente". El mismo nunca podrá ser superior al Capital Asegurado de la Cobertura Básica con un máximo de B/.500.000.

En las notificaciones de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en la CLÁUSULA 6, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente del asegurado. No obstante, la Compañía reconocerá como incapacidad total y permanente sin excepciones, la parálisis producida por lesión de la columna vertebral, o la pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos, o la pérdida por inhabilitación funcional total y definitiva o por la amputación de ambas manos arriba de las muñecas o de ambos pies arriba de los tobillos.

Por funciones esenciales de la vida se entiende lo siguiente:

- a) Lavarse: la capacidad de lavarse en una tina o una ducha (incluyendo el entrar o salir de ellas) o de bañarse con otros medios.
- b) Vestirse y desvestirse: la capacidad de ponerse y quitarse de manera segura y sin cerrar todo tipo de indumento, y de ser el caso, brazos o pies artificiales, etc.
- c) Ingerir comida: la capacidad de ingerir comida preparada.
- d) Aseo: la capacidad de utilizar el baño o controlar las funciones del intestino y de la vejiga para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal.
- e) Desplazarse: la capacidad de desplazarse dentro de la casa, de habitación y habitación sobre una superficie plana.
- f) Levantarse y acostarse: la capacidad de moverse sin ayuda de la cama a una silla a rueda o una silla común, y viceversa.

CLÁUSULA 2: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la invalidez total y permanente acordará pagar al Asegurado el beneficio equivalente al Capital Asegurado de la Cláusula del Beneficio Adicional por Invalidez Total y Permanente.

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas tendrá efecto a partir de la fecha de la notificación. No obstante, el monto del beneficio corresponderá a aquel Capital Asegurado vigente a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante. La fecha de ocurrencia del hecho invalidante será aquella que un médico en ejercicio de su profesión aprobado o designado por la Compañía determine como fecha efectiva de la invalidez. Todo incremento en el Capital

Asegurado de este Beneficio efectuado con posterioridad a la fecha de ocurrencia del hecho invalidante será considerado nulo a los efectos del otorgamiento de este beneficio.

CLÁUSULA 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de la cobertura básica y, en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna del beneficio a pagar por la cobertura principal. No obstante, en caso de haberse contratado, la presente cobertura adicional y la cobertura de Muerte Accidental, en caso de producirse un siniestro que corresponda ser pagado por ambas coberturas adicionales mencionadas, la Compañía sólo pagará el monto que resulte superior de ambos beneficios.

CLÁUSULA 4: Peligros No Cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de estas Condiciones Generales Específicas las consecuencias de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones automóbiles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado, en una línea aérea o servicio chárter autorizados.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- e) Guerra declarada o no.
- f) Si el asegurado se enlistase en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país.
- g) Tentativa de suicidio o lesión corporal infringida a sí mismo intencionalmente o por su voluntad.
- h) Participación en empresa criminal.
- i) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas o prácticas de paracaidismo o aladeltismo.
- k) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- l) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- n) Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- o) Embarazo normal o incapacidad producida por parto.
- p) La práctica, profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, u otras actividades de análogas características.
- q) La dedicación profesional al armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros u otros animales, conducción de personal como guía de montañas, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fábricas o usinas o laboratorios con exposición de radiaciones atómicas, u otras profesionales, ocupaciones o actividades de análogas características.

CLÁUSULA 5: Agravación del Riesgo

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, que agrave el riesgo asumido por ésta. Si el cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, agravare el riesgo – de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, no hubiere sido otorgada – la Compañía, dentro de los 30 días de recibida la comunicación del Contratante o el Asegurado, podrá rescindirla.

CLÁUSULA 6: Procedimiento en caso de Reclamo

Una vez ocurrido el accidente o notificada la enfermedad, el Contratante, el Asegurado, o su representante, debe presentar a la Compañía dentro de los diez (10) días siguientes, un informe completo del médico tratante, indicando lo ocurrido, condición que se encontraba el asegurado al momento de ser atendido por tal causa, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Corresponde al Contratante, el Asegurado o a su representante:

- a) Notificar la existencia de la invalidez.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos de ésta.

CLÁUSULA 7: Liquidación del Beneficio

El pago se hará desde el cumplimiento de los requisitos a que se refiere la CLÁUSULA 6 de las Condiciones Generales del Seguro Plan Temporal Flex. Cuando la Compañía decidiera rechazar el otorgamiento del beneficio, deberá comunicarlo al Tomador. En caso que se haya designado a un acreedor como beneficiario para la cobertura principal, y si se produce y aprueba el pago del beneficio de esta cobertura adicional, se pagará a dicho acreedor hasta completar el monto de este beneficio, y en caso de existir remanente se pagará al asegurado. En caso que no se presentase la figura del acreedor beneficiario, se pagará al Asegurado.

CLÁUSULA 8: Valuación por peritos

Si no hubiere acuerdo entre las dos partes sobre la fecha de ocurrencia del hecho invalidante o sobre la apreciación acerca del estado de invalidez del Asegurado, se recurrirá al juicio de dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de treinta (30) días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirlo dentro de un plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar un médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer médico no fuere electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Cada parte pagará los honorarios del médico que designó y los correspondientes gastos médicos; los honorarios del tercer facultativo se pagarán por ambas partes, mitad y mitad.

CLÁUSULA 9: Inicio y Terminación de la Cobertura

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Generales Específicas rige desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares y cesa en caso que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Por la liquidación o anulación de la póliza por cualquier causa.
- b) Al cancelar la póliza de acuerdo a lo estipulado en la CLÁUSULA 8 de las Condiciones Generales del Seguro Plan Temporal Flex.
- c) Si se rescindiere la presente cobertura adicional.
- d) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- e) Por las circunstancias previstas en la CLÁUSULA 4 de estas Condiciones Generales Específicas.

CLÁUSULA 10: Determinación de la cobertura

Con esta cláusula se consolida la cobertura adicional con la póliza a la cual se adjunta indicando que queda sometida a las condiciones y estipulaciones descritas.

CLÁUSULA 11: Rehabilitación

La cláusula de rehabilitación de la póliza principal aplicará a este endoso.

CLÁUSULA 12: Pago de Primas

Las primas para este endoso están incluidas en las primas de la póliza básica. El total de la prima es pagadero con primas de la póliza principal y de acuerdo al modo de pago de primas que se haya escogido.

Las Primas de este beneficio quedan sujetas a lo expuesto en las Cláusulas 7 y 8 de las Condiciones Generales del Seguro Plan Temporal Flex.

CLÁUSULA 13: Incremento e Inclusión del beneficio

En caso de solicitar incremento de Suma Asegurada o inclusión de este beneficio, el asegurado deberá presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía. Los gastos surgidos de estas pruebas de asegurabilidad correrán por cuenta del asegurado.

Beneficio Adicional de Adelanto de Capital para Atención del Asegurado

1. Disposiciones Generales

Este Beneficio se otorga, sin cargo alguno, en base a la solicitud de seguro y sujeta a las limitaciones y exclusiones de las **Condiciones Generales** de la póliza a la que forma parte.

2. Definiciones

La Compañía: En adelante se refiere a la Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Fecha efectiva: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Asegurado: Se refiere a cada persona nombrada en la solicitud, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Suma Asegurada: Es el Monto de Seguro sobre la vida del Asegurado, cubierta por la Póliza acordado en las Condiciones Particulares.

Adelanto de Capital para Atención del Asegurado: Es el pago de cualquier parte del Monto del Seguro, antes de la fecha de muerte del Asegurado, bajo las provisiones de este contrato.

El monto del adelanto será igual al monto que el Contratante elija recibir en efectivo menos cualquier prima adeudada o interés que el Contratante pida que se pague de la Suma Asegurada.

Monto Máximo del Adelanto del Capital para Atención del Asegurado: Es igual a la cantidad que resulte menor entre B/. 100,000 ó el 50% de la cantidad de Suma Asegurada libre de cesión, menos el total de cualquier préstamo sin cobrar sobre la Póliza.

Médico: Es un individuo con licencia para practicar la medicina, en el territorio de la República de Panamá, en el cual el tratamiento se recibe y que actúe dentro del área de dicha licencia. Médico no incluye al Asegurado, al Contratante ni a ningún co-habitante o familiar inmediato.

Familiar Inmediato: Incluye al cónyuge, hijos, hermanos, padres o abuelos del Asegurado o del Contratante.

Enfermedad Terminal: Es una condición de salud irreversible que se diagnosticó al menos 90 días después de la fecha efectiva de este Contrato y que, con seguridad médica razonable, resultará en la muerte del Asegurado dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha del diagnóstico del médico.

Prueba de Enfermedad Terminal: Es una declaración firmada por un médico aceptable por la Compañía con el Historial Clínico del Asegurado (antecedentes, la fecha del diagnóstico y pronóstico médico).

Se presenta en un formulario de Reclamo completado apropiadamente, en cualquier momento después de que el asegurado desarrolle una Enfermedad Terminal.

La Compañía puede solicitar información médica adicional del Médico que presenta la declaración.

3. Beneficios

La Compañía pagará el Monto del Adelanto de Capital para Atención del Asegurado en una suma total si el Asegurado desarrolla una Enfermedad Terminal, sujeto a las disposiciones de este Contrato.

El pago de Adelanto de Capital para la Atención del Asegurado resulta del establecimiento de un gravamen previo y principal contra la Suma Asegurada de esta Póliza, establecido bajo la condición de Monto Máximo de Adelanto del Capital para Atención del Asegurado.

El gravamen total será igual al valor del Monto Máximo de Adelanto del Capital para Atención del Asegurado menos cualquier préstamo previamente otorgado sobre la Póliza y no pagado, menos cualquier monto previamente adelantado o pagado, o retirado por el Contratante.

El pago del Monto Adelantado estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a. Esta Póliza debe estar vigente con Valores Efectivos Acumulados que garanticen que la póliza permanecerá en vigor por lo menos un año.
- b. En caso de rehabilitación de esta póliza, este Beneficio no estará vigente hasta noventa (90) días después de la fecha efectiva de Rehabilitación de esta Póliza.
- c. La Compañía debe recibir las pruebas del padecimiento de la enfermedad terminal que considere satisfactorias.
- d. Al utilizar este beneficio la póliza será cesionada a la Compañía como seguridad del gravamen. La Compañía debe recibir una carta de cesión nombrando a la Compañía cesionario de esta Póliza por el valor del Adelanto de Capital para Atención del Asegurado.
- e. La Compañía debe recibir el consentimiento de cesión de todos los beneficiarios irrevocables.
- f. No se otorgará ningún beneficio si la Enfermedad Terminal es resultado de lesiones intencionalmente causadas a sí mismo.

4. Efecto de los Beneficios en los Valores de la Póliza

Después de otorgado el Adelanto de Capital para Atención del Asegurado, el acceso del Contratante al valor de Rescate de esta Póliza, mediante préstamo o rescates parciales, están limitados al exceso de valor neto de rescate después de la resta del adelanto.

El Contratante puede pagar voluntariamente toda o una porción del gravamen contra la Suma Asegurada. En las siguientes circunstancias el gravamen debe ser inmediatamente repagado:

- a. Enteramente, en la muerte del Asegurado, deduciendo el total del Adelanto del producto de la Suma Asegurada.
- b. Enteramente, al momento de pago o adelanto de cualquier parte de la Suma Asegurada como un beneficio bajo cualquier provisión de esta Póliza, que no sea este Beneficio.
- c. Parcialmente, en cuanto haya alguna reducción en la Suma Asegurada que cause que la suma asegurada restante (luego del Adelanto de Capital para Atención del Asegurado) sea menor al total de la deuda.

5. Reclamos

Una carta de solicitud de beneficio del asegurado, en cualquier momento después de que éste desarrolle una Enfermedad Terminal, junto con la Prueba de Enfermedad Terminal, como se definió anteriormente, será suministrada a la Compañía.

Una vez presentada la Prueba de Enfermedad Terminal, la Compañía se reserva el derecho de hacer que un Médico designado por ella examine al Asegurado antes de pagar el Adelanto de Capital para Atención del Asegurado. En el caso de que el Médico designado presente un diagnóstico diferente, la Compañía se reserva el derecho de servirse de este diagnóstico para negar o aprobar el Adelanto.

Beneficio Adicional de Adelanto para Gastos Funerarios

1. Disposiciones Generales

En caso de muerte del Asegurado antes de la fecha final de la póliza, indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía Internacional de Seguros se compromete a pagar hasta B/. 2,000.00 de la suma asegurada, según se define ésta en las Condiciones Generales de la póliza, al recibo de las debidas pruebas de muerte del asegurado, en concepto de adelanto de gastos funerarios.

2. Tarifa

La compañía otorga esta cobertura sin cargo alguno.

3. Excepciones

La compañía no pagará el porcentaje de suma asegurada acordado en las disposiciones generales, si la muerte del Asegurado ocurre por causas naturales dentro de los primeros seis (6) meses a partir de la fecha de emisión de la póliza o si la muerte es causada directa o indirectamente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), durante los primeros dos (2) años a partir de la fecha de emisión.

4. Aumentos de Suma Asegurada

Todo aumento de la suma asegurada, que se efectúe después de la emisión de esta póliza, tendrá valides para el cálculo del porcentaje pagado por esta cobertura a partir de los dos (2) años contados desde la fecha de tales ajustes.

5. Terminación

Esta cobertura finalizará cuando el Asegurado alcance los setenta (70) años de edad o al terminar el contrato póliza.