



**CONDICIONES GENERALES
PLAN A TERMINO NIVELADO
GEN TERM III (V-2016)**

Esta Póliza se emite con base a la solicitud hecha y firmada por el Asegurado, cuya copia se adjunta, la cual forma parte integral del Contrato, y en consideración al pago adelantado de las primas convenidas.

Los años Póliza, meses y aniversarios serán determinados a partir de la fecha efectiva de la Póliza estipulada en las Condiciones Particulares.

Las primas adicionales para cualesquiera Contratos Suplementarios adjuntos a esta Póliza son pagaderas en la misma fecha que el Pago de las primas de la Póliza Básica. Dichos pagos continuarán hasta la terminación de tales Contratos Suplementarios de acuerdo con las cláusulas y condiciones de los mismos.

La forma de pago convenida en esta Póliza corresponde al período efectivo de cobertura. Los subsiguientes pagos de las primas mantendrán vigente el presente Contrato por períodos de tiempo iguales al cubierto por la primera prima pagada en esta Póliza.

La prima periódica podrá variar de acuerdo a la forma y frecuencia de pago establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza o cuando se hagan modificaciones sobre alguna cobertura o algún parámetro de los descritos en las Condiciones Particulares de la póliza y que sean realizadas con posterioridad a la fecha de emisión de la misma y solicitadas por escrito a la COMPAÑIA por el CONTRATANTE.

1. PARTES

Son partes de este Contrato de Seguro ASSICURAZIONI GENERALI, S.p.A., en adelante la Compañía, el Contratante y el Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En virtud de este seguro de vida, ASSICURAZIONI GENERALI, S.p.A. (en adelante llamada la Compañía) 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 de pruebas fehacientes requeridas por la Compañía.

En caso de muerte, si el cadáver no se encuentra o no está claramente identificable, el capital Asegurado será pagado una vez los tribunales, a instancia de parte interesada, declaren la presunción de muerte de acuerdo a lo establecido en el artículo No. 57 del Código Civil citado a continuación:

“Artículo 57. Pasados cinco años desde que desapareció el ausente o se recibieron las últimas noticias de él, o sesenta desde su nacimiento, o tres meses si su desaparición se debe a casos de guerra, naufragio, incendio o cualquier otro siniestro o accidente, el tribunal a instancia de parte interesada declarará la presunción de muerte”.

3. CONTRATANTE

Es la Persona natural o jurídica que contrata la Póliza y es responsable de hacer el pago de la (s) prima(s) convenida (s).

El Contratante pagará en la “Fecha de Emisión” y en la “Fecha de Renovación”, la prima completa acordada de acuerdo a la forma y frecuencia de pago elegida hasta el fallecimiento del Contratante o hasta por el número de años indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, lo que ocurra primero.

El Contratante gozará de un período de treinta (30) días posteriores a la Fecha de Emisión o de sus modificaciones, para pedir rectificaciones, después de los cuales se entenderán aceptadas las



Condiciones Particulares, Generales y cualquier Beneficio Adicional que se haya contratado en esta Póliza.

De acuerdo al artículo 243, numeral 7 de la ley 12, del 3 de abril de 2012, dice: “Los Contratantes y Asegurados tendrán, entre otros, derecho a que se les informe al momento de la renovación, si ha habido cambio en las condiciones generales y particulares de la póliza a través de una nota por separado o de una forma que sea evidente.”

4. ASEGURADO

Persona natural sobre cuya vida se contrata el seguro de vida de acuerdo a las estipulaciones de la Póliza y que aparece designada como tal en las Condiciones Particulares.

5. EL CONTRATO, SUS CLÁUSULAS Y LIMITACIONES

Esta Póliza, la solicitud correspondiente (copia de la cual se adjunta a la misma) y cualesquiera Contratos Suplementarios que hayan sido solicitados y adheridos como parte de ella, constituyen el Contrato completo. Todo cuanto manifieste el Asegurado al solicitar este seguro, no habiendo propósito de fraude, se considerará como declaración y no como certificación. Ninguna declaración de dicho Asegurado podrá ser utilizada ni para invalidar esta Póliza ni para desvirtuar las reclamaciones a que ella dé lugar, a menos que esa declaración aparezca en la solicitud escrita.

6. MODIFICACIONES

Ninguna alteración de esta Póliza o ninguna renuncia de cualquiera de sus estipulaciones será válida a menos que sea hecha por la Compañía por escrito y firmada por los Representantes Autorizados de la Compañía. La Compañía no será responsable ni contraerá obligación alguna por cualquiera promesa o representación hecha o efectuada antes o después de expedirse esta Póliza por cualquiera persona natural o jurídica o funcionario que no sea uno de los de arriba mencionados.

Ninguna modificación al presente texto se podrá realizar sin previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

7. COMUNICACIONES

Las Comunicaciones con la Compañía deberán ser entregadas en sus oficinas principales en la Ciudad de Panamá o en cualquier sucursal dentro de la República de Panamá. Cualquier notificación que la Compañía deba hacer por razón de esta Póliza se hará directamente al Contratante mediante correo certificado a la última dirección postal establecida en la Póliza, o en su defecto, entrega directa al domicilio correspondiente o mediante su entrega a quien se encuentre en la dirección física del Contratante consignado en la Póliza. La comunicación también podrá ser enviada a la dirección electrónica del Contratante.

Cualquier cambio de dirección debe ser del conocimiento de ambas partes.

8. CAMBIOS DE PLAN

Esta Póliza podrá ser cambiada a otro plan de seguro siempre que exista el consentimiento de ambas partes por escrito (Compañía y Contratante) y sujeto a los requisitos y al pago del costo del cambio que la Compañía determine (si lo hubiere).

9. DISPUTABILIDAD

Esta Póliza será disputable durante los primeros dos (2) años de cobertura por omisión, declaración inexacta u ocultamiento de información relevante para la selección del riesgo por parte de la Compañía, exceptuando los fraudes en perjuicio de la Compañía mediante declaraciones falsas hechas por el Contratante o el Asegurado o por su representante en la solicitud de la Póliza.

Cualquier Contrato Suplementario (que otorgue Beneficios por Incapacidad o Accidente) adjunto a esta Póliza, será disputable durante la vigencia del presente Contrato a partir de su fecha efectiva o de la fecha de su última rehabilitación.

El período de disputabilidad se contará a partir de la fecha en que se acepta cualquier cobertura.



10. SUICIDIO

Si el Asegurado, estando o no en su cabal juicio, se suicida dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha efectiva de la Póliza o de cualquiera rehabilitación de la Póliza de Seguro, bajo este Contrato se limitará a una cantidad igual al valor de las primas pagadas por la (s) cobertura (s) de seguro de dicho Asegurado contratadas bajo esta Póliza, independientemente de la modalidad de seguro contratada.

El valor de las primas pagadas serán calculadas así: a partir de la emisión de la póliza hasta la fecha de fallecimiento, si el suicidio ocurre dentro de los dos (2) primeros años de la fecha efectiva de la Póliza; y a partir de la rehabilitación de la Póliza hasta la fecha de fallecimiento, si el suicidio ocurre dentro de los dos primeros años de la fecha de rehabilitación.

11. EDAD

Si la edad del Asegurado ha sido declarada erróneamente, cualquiera cantidad pagadera bajo esta Póliza será la que se hubiere podido adquirir con el importe de las primas pagadas de acuerdo con la edad correcta.

12. PROPIEDAD Y DERECHOS BAJO ESTA PÓLIZA

Salvo en caso de que se establezca expresamente lo contrario, todos los derechos, privilegios y opciones estipulados en este Contrato serán exclusivos del Contratante de la Póliza si éste se ha reservado el derecho a cambiar de beneficiario. De no haberse reservado el Contratante el derecho mencionado, todos los derechos, privilegios y opciones corresponderán al Contratante y al Beneficiario mancomunadamente.

13. BENEFICIARIOS

El Beneficiario es la persona designada para recibir el Beneficio a la muerte del Asegurado. El Contratante de la Póliza designará el Beneficiario o Beneficiarios y su clasificación correspondiente. Las clasificaciones permitidas

serán: Beneficiario Primario y Beneficiario Contingente; podrá haber uno o más beneficiarios en cada clasificación.

14. CAMBIO DE PROPIETARIO Y/O BENEFICIARIO

El Contratante de la Póliza, durante toda su vida y mientras la Póliza se encuentre vigente, podrá traspasar su propiedad totalmente. A menos que en la Póliza se convenga otra cosa, el Beneficiario podrá ser cambiado, reservándose o no el propietario el derecho de volverlo a cambiar en el futuro.

Lo estipulado en esta sección está sujeto a la presentación de notificación escrita aceptable a la Compañía y a cualquier pago u otro requisito exigido por ésta; surtirá efecto cuando sea debidamente registrada por la Compañía, pero tomando como vigencia la fecha en que se firmó la notificación.

15. DERECHOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL PROPIETARIO O DEL BENEFICIARIO

Si el Contratante de la Póliza no es el Asegurado y fallece estando en vigor esta Póliza, sus derechos pasarán al Asegurado, a no ser que se estipule aquí lo contrario.

Si ningún beneficiario, o ninguno de los beneficiarios nombrados se encuentra vivo al momento de morir el Asegurado, el producto de la Póliza se pagará al propietario de la Póliza.

16. CESIÓN

El Contratante podrá ceder a terceros la Póliza de seguros, como garantía de una deuda u obligación. El Contratante deberá notificar a la Compañía a través de carta firmada por él y el cesionario respecto de la cesión que efectuará de su Póliza. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

17. FRAUDE

Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otros, que hubieren podido



influir de un modo directo en la existencia o condiciones del Contrato, trae consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviene del Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si provinieren de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de las primas pagadas, más un 10% en calidad de perjuicios.

18. MODO DE PAGO

Todas las primas son pagaderas por adelantando en las oficinas de la Compañía. Todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que la Compañía podrá poner a disposición del Contratante para facilitar el pago, el cual podrá ser anual, semestral, trimestral o mensual.

19. TERMINO DE PAGO DE LA PRIMA:

El Contratante deberá cumplir con el pago total o todos los pagos fraccionados de la prima de la Póliza de seguros, de forma secuencial según el calendario de pago de su Póliza de seguro, por lo cual contará con un período de treinta (30) días calendario para el pago de cada prima fraccionada de la Póliza, este período se entiende cómo mes corriente.

El pago de cualquier prima sólo surtirá efecto mediante la entrega hecha por la Compañía al Asegurado de un recibo impreso y debidamente firmado por el representante o por cualquier apoderado de la Compañía, que acredite dicho pago.

Si el Contratante o Asegurado incumple con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la Póliza, cualquiera que sea la forma de pago, conllevará a la nulidad absoluta de la Póliza, por lo cual se entenderá que la Póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual no se aplicará lo dispuesto en el artículo 998 del Código de Comercio, según dispone el artículo 154 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

20. PERÍODO DE GRACIA

La Compañía otorga un período de gracia de treinta (30) días para el pago de cualquier prima fraccionada correspondiente que no sea la inicial, para mantener la Póliza en vigor hasta el próximo día de aniversario mensual. Este periodo de gracia empezará desde el día siguiente en que vence el mes corriente, es decir, desde el día siguiente en que el Contratante debió realizar el pago de la prima fraccionada subsiguiente, según lo previsto en la Póliza de seguro.

Si la muerte del Asegurado ocurriera dentro del período de gracia, cualquiera prima vencida y no pagada será deducida de la liquidación de esta Póliza.

21. SUSPENSION DE LA COBERTURA:

Si no se cumple con el pago de la prima fraccionada según el calendario de la Póliza de seguro, y la morosidad se extiende por más del periodo de gracia, el Contratante habrá incurrido en incumplimiento de pago, y la Póliza de seguro entrará en efecto jurídico inmediato de suspensión de cobertura, el cual se mantendrá hasta por un plazo de sesenta (60) días calendario, según lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

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, conforme a lo que dispone el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

Si el siniestro ocurre durante el plazo de suspensión de cobertura de la Póliza de seguro, no habrá lugar a indemnización alguna.

22. CANCELACION POR FALTA DE PAGO:

Si el Contratante se atrasa por más del periodo de gracia, habrá incumplimiento de pago y la Póliza de seguros entrará de forma automática en el efecto jurídico de suspensión de cobertura, pasado éste período de suspensión y si el Asegurado no ha efectuado el pago requerido se procederá con la cancelación de la Póliza de



seguro, conforme al procedimiento del artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012:

“Todo aviso de cancelación de la Póliza de seguro deberá ser notificado mediante envío al Contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviado al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del Contratante deberá notificarlo a la Aseguradora, de lo contrario se tendrá como válido el último que conste en el expediente de la Póliza de seguro.

El aviso de cancelación de la Póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al Contratante por escrito, con una anticipación de quince días hábiles. 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.”

Si la Compañía no hace la notificación requerida, el Contrato subsiste. En caso de que la Póliza de seguro no se haya cancelado durante el plazo en que se encuentra en suspensión la cobertura y ocurra un siniestro luego de vencido este plazo, el mismo tendrá cobertura y recibirá el Asegurado la cantidad convenida en el seguro, menos la suma debida por prima con sus intereses al tipo comercial corriente en plaza.

23. TERMINACIÓN

Esta Póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Cuando la Compañía reciba solicitud escrita del Contratante pidiendo la terminación del Contrato.
2. Cuando el Asegurado fallezca.
3. Cuando la Póliza venza.
4. Cuando venza el período de suspensión de cobertura definido en el artículo 21, y el Contratante no haya pagado las primas informadas.”

5. Si dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha efectiva de la Póliza, la Compañía comprueba que el Contratante y/o el Asegurado le ha omitido, declarando de manera inexacta u ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.

24. REHABILITACIÓN

Esta Póliza podrá ser rehabilitada en cualquier momento dentro de los dos (2) años siguientes a la falta de pago de cualquier prima.

Para estos efectos, el Contratante de la Póliza hará solicitud escrita y el Asegurado presentará pruebas de asegurabilidad satisfactorias para esta Póliza. También deberá hacer efectivo el pago de todas las primas vencidas y no pagadas más el interés bancario corriente de plaza.

Una Póliza rehabilitada será disputable durante dos (2) años contados desde la fecha de rehabilitación, por fraude o declaraciones falsas.

25. JURISDICCIÓN

Se conviene conforme al Artículo 251 (Factores de competencia) de la Ley de Seguros, que la Superintendencia de Seguros tendrá la facultad privativa de conocer y decidir en la vía administrativa las quejas y denuncias que, por violación a las normas establecidas en esta Ley, interpongan los consumidores de seguros en contra de las aseguradoras hasta por un monto de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00), o aquellas quejas que, sin tener una cuantía determinada, guarden relación con el derecho a la información, o a prácticas inadecuadas de mercado que resulten en perjuicio del consumidor de seguros, salvo las que se refieran a publicidad inexacta o engañosa. Una vez la Superintendencia tome conocimiento de estas quejas y/o denuncias por incumplimiento de normas de seguro de protección al consumidor de seguros y por razón del interés que protege y la naturaleza de la actividad, no habrá intervención alguna, simultánea de otra autoridad.

La Junta Directiva de la Superintendencia de Seguros tendrá la facultad de actualizar los montos establecidos en este artículo 251 de la Ley de



Seguros, cuando lo estime conveniente, tomando en cuenta, entre otros criterios, el índice de precios al consumidor.

En caso de que la Superintendencia de Seguros no sea competente, las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Panamá, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución, interpretación o aplicación del presente contrato, y para tal efecto, el Contratante (s), Asegurado (s), Beneficiario (s) y Cesionario (s) renunciarán expresamente al fuero de sus domicilios.

26. CONVERSIÓN

Desde la fecha efectiva de la Póliza hasta el día en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad (fecha de vencimiento del período de convertibilidad), el Asegurado tendrá el privilegio de convertir este Contrato con efectividad al próximo aniversario mensual, siempre bajo las mismas condiciones de emisión original o por una suma asegurada igual o menor que la actual, pero no menor del mínimo exigido a esa fecha bajo el Plan de Vida que la Compañía ofrezca dentro de su cartera.

Este beneficio será efectivo, siempre que este Contrato se encuentre en vigor y sus primas estén al día y no estén exentas en virtud del beneficio de Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente o que el Asegurado se haya acogido a cualquier beneficio por Incapacidad.

Este modelo de Póliza ha sido autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No. DRL-50 del 31 de mayo de 2016.

27. ENCABEZAMIENTOS

El encabezamiento o título de cada una de las cláusulas de esta Póliza no tendrá relevancia cuando se trate de interpretar las mismas, pues ha sido empleado únicamente para facilitar su lectura y ubicación.

28. NORMATIVA APLICABLE PRELACIÓN

Las partes se someten a las disposiciones de la Ley No. 12 de 3 de abril de 2012, y a las del presente Contrato que la complementan o la modifican, cuando ello es admisible.

Forman parte integrante de este Contrato los siguientes elementos y en el orden de prelación que se establece a continuación:

1. Los Endosos Modificatorios, que según el número de orden, predominan los últimos sobre los primeros.
2. Las Condiciones Particulares
3. Los Contratos Suplementarios
4. Estas Condiciones Generales
5. La Solicitud del Seguro, sus modificaciones posteriores y las declaraciones del Contratante y/o Asegurado formuladas con motivo de la celebración del Contrato como así también los exámenes complementarios realizados al Asegurado.

29. ACEPTACIÓN

Las partes aceptan los términos y condiciones de este Contrato.



CONTRATOS SUPLEMENTARIOS

Los siguientes Contratos Suplementarios (Beneficios Adicionales) están sujetos al pago de la prima adicional por cada uno, excepto el Beneficio para el Cuidado del Asegurado, el cual se otorga sin costo alguno y sobre la base de la solicitud.

Salvo que el Asegurado los incluya, expresamente, en la solicitud del seguro de Vida Individual y se especifiquen en las Condiciones Particulares de esta Póliza o mediante endosos, los Contratos Suplementarios adjuntos a estas Condiciones Generales **no se considerarán parte de esta Póliza ni de sus coberturas.**

BENEFICIO PARA EL CUIDADO DEL ASEGURADO

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.

Monto Máximo del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado: es igual a la cantidad que resulte menor de B/.100,000 ó el 50% del Monto del Seguro.

I. DEFINICIONES

La Compañía: se refiere a ASSICURAZIONI GENERALI, S.p.A.- Sucursal Panamá-.

Cargos por Gastos Administrativos: será determinado al momento de la solicitud para Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado y no excederá el mayor entre B/.500.00 ó 3% del Monto del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado.

Fecha Efectiva: de este beneficio es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Médico: significa un individuo con licencia para practicar la medicina, en el territorio 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.

Asegurado: significa la persona nombrada en la solicitud, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Familiar Inmediato: significa el cónyuge, hijos, hermanos, padres o abuelos del Asegurado o del Contratante.

Beneficio Elegible por Muerte: es el Monto de Seguro sobre la vida del Asegurado, cubierta por la Póliza numerada en las Condiciones Particulares.

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 de Diagnóstico del Médico.

Adelanto de Beneficios para el Cuidado 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.

Diagnóstico del Médico: significa una declaración firmada por un Médico aceptable por la Compañía acerca de la Enfermedad Terminal del Asegurado, con la fecha del mismo y con un pronóstico de la enfermedad.

El Monto de Adelanto de Beneficio para el Cuidado del Asegurado será igual al monto que el Contratante elija recibir en efectivo más cualquier Gasto por Cargo Administrativo, prima adeudada o interés que el Contratante pida que se pague del Beneficio Elegible por Muerte.



2. BENEFICIOS

La Compañía pagará el Monto del Adelanto de Beneficios para el Cuidado 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 Beneficios para el Cuidado del Asegurado resulta del establecimiento de un gravamen previo y principal contra el Monto del Seguro de esta Póliza, establecido bajo la condición de Monto Máximo de Adelanto de Beneficios.

El gravamen total será igual a la cantidad del Monto Máximo de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado, menos cualquier monto previamente adelantado o pagado al Contratante.

El pago del Monto de Adelanto estará sujeto a las siguientes condiciones:

1. Esta Póliza debe estar vigente.
2. En caso de rehabilitación de esta Póliza, este beneficio no estará vigente hasta 90 días después de la fecha efectiva de rehabilitación de esta Póliza.
3. La Compañía debe recibir las Pruebas de Padecimiento de la Enfermedad Terminal que sea aceptable para la misma.
4. Esta Póliza no debe estar cesionada excepto a la Compañía como seguridad del gravamen. La Compañía debe recibir un formulario de cesión nombrando a la Compañía cesionario de esta Póliza por la suma del Monto de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado.
5. La Compañía debe recibir el consentimiento de cesión de todos los beneficiarios irrevocables.
6. No se otorgará ningún beneficio si la Enfermedad Terminal es resultado de lesiones intencionalmente causadas a sí mismo.

3. EFECTO DEL BENEFICIO

Después de otorgado el “Monto de Adelanto de Beneficio”, el Contratante puede pagar voluntariamente toda o una porción del gravamen contra el Monto del Seguro. En las siguientes circunstancias el gravamen debe ser inmediatamente repagado:

1. Enteramente, a la muerte del Asegurado, deduciendo el total del Adelanto de Beneficio del producto del Monto del Seguro.
2. Enteramente, al momento de pago o adelanto de cualquier parte del Monto del Seguro como un beneficio bajo cualquier provisión de esta Póliza, que no sea este Beneficio.
3. Parcialmente, en cuanto haya alguna reducción en el monto del Seguro que cause que el Monto de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado restante sea menor al total de la deuda.

El Monto a ser pagado será la diferencia entre el total de la deuda y el Monto Máximo del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado.

4. RECLAMOS

Una notificación por escrito del Reclamo, identificando al Asegurado en cualquier momento después de que éste desarrolle una Enfermedad Terminal, como se define anteriormente, será suministrada a la Compañía.

“Prueba de Pérdida” incluye un formulario de Reclamo completado apropiadamente y un diagnóstico aceptado por la Compañía quien puede solicitar información médica adicional del Médico que presenta la declaración.

La Compañía se reserva el derecho de hacer que un Médico designado por ella examine al Asegurado antes de pagar el Monto de Adelanto de Beneficios para el Cuidado 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 de Beneficios para el Cuidado del Asegurado al Contratante de la Póliza.



EXONERACIÓN DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este Contrato Suplementario forma parte de la Póliza, se expide sobre la vida del Asegurado mencionado en las Condiciones Particulares de dicha Póliza en consideración de la prima aplicable a este Contrato Suplementario.

La Compañía conviene, al recibo de prueba fehaciente por escrito de que el Asegurado haya quedado incapacitado total y permanente, según queda definido en este Contrato y con sujeciones a las condiciones y cláusulas a continuación estipuladas, en exonerar al Asegurado del pago de cada prima que venza en virtud de dicha Póliza y de este Contrato Suplementario durante el tiempo que persista tal incapacidad, comenzando con la prima que venza inmediatamente después de la fecha en que haya iniciado tal incapacidad, en el entendimiento de que no se exonera al Asegurado del pago de ninguna prima, cuya fecha de vencimiento precede en más de un año a la fecha del recibo en la Compañía del aviso por escrito de cualquier reclamación bajo el presente.

1. DEFINICION

La Compañía exonerará del pago de todas las primas sobre la cobertura básica, de esta Póliza y todos los beneficios suplementarios, si los hubiere, que fueran a deberse durante su incapacidad total y permanente, exceptuando aquellos que quedan eliminados automáticamente, como Beneficio por Muerte Accidental y Desempleo Involuntario, después que se cumplen todas estas condiciones:

1. La Compañía reciba el aviso de su incapacidad.
2. Incapacidad Total y Permanente será aquella sufrida a consecuencia de lesión corporal o de enfermedad que impida en absoluto al Asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquiera índole con fines remunerativos o lucrativos y que haya persistido sin interrupción por un periodo no menor de seis (6) meses (la incapacidad de tal duración se considera como permanente, únicamente con el fin

de poder determinar la fecha en que se asumen en el Contrato).

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 de la vista de ambos ojos, o la pérdida total por inhabilitación funcional total y definitiva o por amputación de ambas manos arriba de la muñeca o de ambos pies arriba de los tobillos.

La exoneración de pago de primas se concederá solamente por Incapacidad Total y Permanente:

1. Que haya sido ocasionada por lesión o enfermedad sufrida después de la emisión de ese Contrato,
2. Que haya comenzado antes del aniversario de dicha Póliza más cercano al sexagésimo (60) cumpleaños del Asegurado y
3. Que haya comenzado antes de quedar en descubierto cualquiera de las primas pagaderas bajo la Póliza y este Contrato, o dentro del periodo de gracia concedido en la Póliza para el pago de primas en cuyo caso el Asegurado, será responsable de la prima vencida.

El término "Incapacidad" donde quiera que aparezca en lo sucesivo, significará Incapacidad Total y Permanente, según queda definida y limitada anteriormente.

La exoneración de primas se hará efectiva a partir del séptimo mes de haberse iniciado la Incapacidad Total y Permanente.

2. AVISO ESCRITO Y PRUEBA FEHACIENTE DE RECLAMACION

El aviso por escrito de reclamación bajo este Contrato deberá presentarse a la Compañía y ser recibido por ésta:

1. Durante la vida del Asegurado;
2. Mientras subsista la incapacidad y



3. Dentro de un periodo de un año después del vencimiento de la primera prima dejada en descubierto, si la hubiere.

La Compañía, a petición del interesado suministrará formularios especiales para la presentación de prueba fehaciente de la incapacidad y, siempre que sea razonablemente posible, dicha prueba fehaciente deberá presentarse en esos formularios de acuerdo con las disposiciones que en ellos se estipulen.

3. PRUEBA DE PERSISTENCIA DE LA INCAPACIDAD

Aún en el caso de que haya sido aceptado como satisfactorio por la Compañía, la prueba, el Asegurado deberá presentar a intervalos razonables cuando le sea requerida por la Compañía, evidencia en la forma antes mencionada de que la incapacidad continua; pero cuando la incapacidad haya continuado durante dos años completos la Compañía solo exigirá dicha prueba una vez en cada año subsiguiente. Si el Asegurado dejarse de presentar tal evidencia, o si volviere a encontrarse en condición de desempeñar cualquier trabajo, dedicarse a cualquier negocio, o ejercer cualquier trabajo, dedicarse a cualquier ocupación con fines remunerativos o lucrativos estará obligado a pagar las primas que de acuerdo con las condiciones de la Póliza y de este Contrato Suplementario vencieren después de que esto acontezca.

4. PRUEBA MÉDICA

La Compañía exigirá prueba MÉDICA de la fecha de la lesión o enfermedad que ocasionaron la incapacidad total. A intervalos razonables exigirá prueba médica de la continuidad de la incapacidad. Luego de relevarse el pago de las primas durante 2 años, se exigirá la prueba una vez al año.

La Compañía podrá exigir exámenes médicos por un medio designado por ella para verificar la incapacidad total. Si la incapacidad total se interrumpiera en cualquiera momento, o el Asegurado no suministrara dicha prueba, las

primas mensuales se tendrán que volver a pagar, como estipula en la Póliza.

5. EXCEPCIONES

No se exonerará del pago de ninguna prima si la incapacidad fuera el resultado en parte o en su totalidad:

1. Una lesión autoinfligida intencionalmente, o al haber cometido un delito grave o asalto, por participación en un motín o en una insurrección.
2. La toma voluntaria de:
 - a. Cualquier droga o sustancia controlada, excepto mediante receta médica.
 - b. Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
 - c. Cualquier veneno o gas dañino.
3. Embarazo
4. Vuelo o en descenso de cualquier aeronave, excepto si se viaja como pasajero en una aeronave comercial, sin desempeñar deberes durante el vuelo.
5. Guerra, declarada o no.
6. Cualquier incapacidad relacionada con servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.

6. DISPOSICIONES GENERALES

Este Contrato Suplementario formara parte de dicha Póliza y las disposiciones de la misma quedan incorporadas a este Contrato y forman parte integrante del mismo excepto que:

1. Si en la fecha de emisión de este Contrato Suplementario la edad del Asegurado en su último cumpleaños fuera o pasara de sesenta (60) años, este Contrato Suplementario será nulo y no tendrá valor, salvo para exigir, una vez descubierto tal hecho respecto a la edad, la devolución de las primas adicionales sobre este Contrato que hayan sido pagadas y recibidas en la Compañía;
2. No podrá hacerse cambio alguno en la forma de dicha Póliza o en modo de efectuar los pagos de la prima sobre la misma mientras dure la incapacidad;



3. Este Contrato Suplementario será disputable durante la vigencia de esta Póliza.

7. TERMINACIÓN

Este Contrato terminara por cualquiera de las siguientes causas:

- 1. En el Aniversario de la Póliza más próximo a los sesenta (60) años de edad del Asegurado.**
- 2. Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier prima adeudada.**
- 3. Cuando la Cobertura Básica expire.**
- 4. Al suspenderse el pago de esta adenda.**
- 5. A solicitud por escrito del Asegurado.**
- 6. Si el Asegurado se enlistare en servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra declarada o no.**

Siempre que este Contrato suplementario se cancele o termine de otro modo, dejara de ser pagadera la prima adicional correspondiente y no será pagadero ningún valor de liquidación excepto el reembolso de la porción no devengada, si la hubiere, de la prima adicional

correspondiente al periodo en el cual se hizo efectivo la terminación, junto con cualquier prima adicional pagada y con vencimiento posterior a la terminación del Contrato.

El pago o la aceptación subsiguiente de cualquier prima bajo el presente Contrato no creará otra obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

Este Contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o a la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.



BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Este Contrato y su solicitud forman parte de la Póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza, con excepción de las relativas a suicidio.

La Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) registrado (s) en la Póliza, además de la cantidad pagadera por la misma, la Suma Asegurada de este Contrato indicada en las Condiciones Particulares, o en el endoso correspondiente una vez que la Compañía reciba pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado ocurrida como consecuencia directa de lesiones accidentales producidas únicamente por causas externas, violentas o fortuitas, de las cuales haya evidencia visible de contusión o herida en el exterior del cuerpo, **excepto de una lesión interna revelada por autopsia e independiente de cualquiera otra causa que no sea estrictamente accidental.**

1. DEFINICION DE ACCIDENTE

Se entiende por Accidente la acción repentina de un agente externo, violento y fortuito que causa al Asegurado lesiones corporales que puedan ser determinadas por un médico. Dicha acción deberá ser independiente de actos voluntarios y/o intencionales del Asegurado, del Contratante, del Beneficiario. Por extensión y aclaración, se asimilan a la definición de accidentes: la asfixia o intoxicación de vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; el carbunco o tétanos de origen traumático; la rabia; los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, veterinaria, y sus anexos, cuando tales accidentes produjeran infecciones microbianas o intoxicaciones, originadas mediante heridas externas producidas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

2. EXTENSIÓN DE COBERTURA

El seguro cubre todos los accidentes ya definidos que pudieran ocurrir al Asegurado ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras estuviere circulando o viajando a pie o a caballo, en bicicleta sin motor o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo (en líneas comerciales autorizadas sujetas a itinerario fijo), o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, siempre que se practicaran como aficionado: atletismo, basquetbol, bochas, bolos, manejos de canoa, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro al blanco (en polígonos habilitados), voleibol, water polo, béisbol.

3. LOS BENEFICIOS SON PAGADEROS SIEMPRE Y CUANDO

1. La muerte haya ocurrido mientras este Contrato esté en pleno vigor y con anterioridad al aniversario de la Póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad; y
2. El fallecimiento haya ocurrido dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber ocurrido tal lesión; y
3. Se presenten a la Compañía pruebas fehacientes de que la muerte del Asegurado se produjo conforme a la definición de ACCIDENTE que aparece en este CONTRATO y que no es aplicable ninguna de las limitaciones contenidas en la Cláusula de RIESGOS EXCLUIDOS.

4. RIESGOS EXCLUIDOS

El seguro bajo este Contrato no se pagará si la muerte o lesión corporal del Asegurado resulta directa o indirectamente, como consecuencia de:



1. Suicidio o conato de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, lesiones causadas intencionalmente por el propio Asegurado, el Contratante o el/los Beneficiario(s).
2. Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico (excepto de que éste sea a consecuencia de un accidente).
3. La acción de drogas estupefacientes o embriaguez.
4. Ser piloto, oficial o miembro de la tripulación de una nave aérea, operar, viajar en o fuera de, descender en o caer de o con cualquier clase de nave aérea, esté dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucciones o tenga quehaceres a bordo de una nave aérea.
5. Tratar de abordar o descender de, o a consecuencia de ello, o por encontrarse en naves aéreas de combate o de guerra o de entrenamiento militar o de reconocimiento, o en aviones militares de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencias catastróficas; guerra declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta; motín, tumultos, insurrección, guerra civil, revolución, cualquier acción bélica o cualquier otra clase de desorden público; abordar o descender de o a consecuencia de ello o por encontrarse en una nave aérea que está siendo usada en vuelos de fumigación, o durante vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
6. Lesiones sufridas en el ejercicio de funciones policíacas de cualquier género o durante el servicio en cualquier organización militar, naval o aérea.
7. Lesiones sufridas al participar en certámenes de velocidad en cualquier clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo.
8. Tomaínas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica, cuando ésta se

presenta con y por una cortada o herida recibida por accidente).

9. Haber cometido o tratado de cometer algún asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquier otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
10. Actos intencionales donde sólo el resultado es accidental.

5. CASO DE NULIDAD

Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del Contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviniera del Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniera de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de las primas pagadas, más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios.

6. DERECHO DE EXIGIR PRUEBAS

A la Compañía se le reconoce el derecho y se le dará la oportunidad de examinar el cadáver del Asegurado; de efectuar una autopsia, a menos que la ley lo prohíba y de examinar el expediente médico legal y requerir todas las pruebas y certificaciones que sean pertinentes para determinar la causa de la muerte del Asegurado.

7. ESTE CONTRATO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE

1. Al aniversario de la Póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad; o
2. Al finalizar el período de gracia para el pago de cualquier prima adeudada a la Póliza.
3. Cuando por virtud de la Póliza o de cualquier Contrato Suplementario incorporado a ella, se reconozca una reclamación por Invalidez del Asegurado, o se pague la Suma Principal por Pérdida de Miembros o de la Incapacidad Total y Permanente; o



4. Cuando el Asegurado ingresare como miembro en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra, declarada o no; o
5. Cuando el Asegurado ingresare como miembro de cualquier unidad auxiliar civil no-combatiente al servicio de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no.
6. Cuando la Póliza, de acuerdo con sus términos, queda totalmente pagada o terminada; o
7. Cuando el Asegurado fuere declarado demente.
8. Cuando la Cobertura Básica expire.
9. Al suspenderse el pago de la prima por esta adenda.
10. A solicitud escrita del Asegurado.
11. Al quedar el Asegurado Exonerado del pago de prima por Incapacidad Total y Permanente.

Quando este Contrato se cancele o termine de otro modo, la prima adicional dejará de ser pagadera y la Compañía reembolsará la porción no devengada, si la hubiere, de la prima correspondiente al período durante el cual la terminación o cancelación fue efectiva, junto con toda prima adicional pagada después de la terminación o cancelación del Contrato. El pago o la aceptación subsiguiente de cualquiera prima en virtud de este Contrato no crearán obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

8. DISPOSICIONES GENERALES

1. La cláusula de disputabilidad es aplicable a este Contrato. Por lo tanto, la Compañía puede exigir en todo momento, como requisito para el reconocimiento de la indemnización a que pueda haber lugar, prueba fehaciente de que la muerte fue originada por causas accidentales en los términos señalados por este Contrato.
2. Si en el caso de declaración inexacta de la edad en la fecha de emisión de este Contrato, la edad real del Asegurado en su cumpleaños más próximo pasa de sesenta y cinco (65) años y fallece por cualquier causa, este Contrato será nulo y no tendrá

valor excepto para exigir la devolución de las primas adicionales que en virtud de este Contrato hayan sido pagadas y recibidas por la Compañía.

3. En caso de caducidad o cancelación de este Contrato, la Compañía se reservará el derecho de rehabilitarlo o no.
4. Este Contrato no puede ser rehabilitado si la Póliza Básica está cancelada y no es rehabilitada al mismo tiempo.

9. CLÁUSULA DE ARBITRAJE

Si surgiere disputa entre el Asegurado y la Compañía, quedará sometida, independientemente de cualquier otra cuestión, a un Árbitro nombrado por escrito por ambas partes. Cuando éstas no estén de acuerdo sobre la designación de un árbitro único, nombrarán por escrito dos Árbitros, uno por cada parte. Esta designación deberá hacerse en el plazo de dos meses a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra parte para dicho objeto. En el caso de que una de las dos partes se negara a designar o dejara de nombrar a su Árbitro, en el plazo de dos meses antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor encargado de decidir sobre las cuestiones pendientes.

En el caso de que los Árbitros nombrados no estuvieran de acuerdo en su apreciación, el o los puntos de discrepancia serán sometidos a fallo de un dirimente nombrado por ellos, por escrito, antes de pasar a la consideración de la cuestión sometida, el cual obrará con los primeros y presidirá sus debates.

El fallecimiento de cualquiera de las partes, que aconteciera en el curso de las operaciones de arbitraje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Árbitro, o según el caso, de los Árbitros o del Dirimente.

Si uno de los Árbitros o el Dirimente falleciera antes del dictamen final, la parte o los Árbitros que le hubieran nombrado, según el caso, cuidarán de sustituirlo por otro. El Árbitro, o según el caso los Árbitros o el Dirimente en discordia, tendrán que decidir en qué proporción



las partes deban soportar los gastos y dispendios varios relativos al arbitraje.

La evaluación previa de las indemnizaciones por medio de un arbitraje en la forma antes dicha es indispensable y, mientras no haya tenido lugar, queda expresamente convenido y estipulado que, en caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía, sobre el importe de las indemnizaciones, el Asegurado no puede entablar ninguna reclamación judicial con motivo del presente Contrato.

Dirimente: El que ajusta, concluye o compone una controversia.

10. TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

La Compañía indemnizará también los siguientes porcentajes de sumas aseguradas, en caso de pérdida de miembros a consecuencia de un accidente indemnizable:

a. TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine invalidez total y permanente	100

b. PARCIAL

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

c. MIEMBROS SUPERIORES

	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis 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 del meñique	8	6

d. MIEMBROS INFERIORES

Pérdida total de una pierna....	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total).....	35
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis Total)	30
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis 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 de pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo del pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

Para los efectos de esta cobertura se entiende:



1. por la pérdida de una mano, su separación absoluta a nivel de la articulación de la muñeca o arriba de ella;
2. por pérdida de un pie, su separación a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella;
3. por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas; y
4. por pérdida de la visión, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Por anquilosis se entenderá la disminución del movimiento o limitación total de los movimientos de una articulación movable. En todos los casos se entiende por pérdida, la inhabilitación total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondiera por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero si se tratare del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratare de otros dedos.

11. COMBINACION DE INCAPACIDADES

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada del Contrato “Beneficio por Muerte Accidental”.

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

12. ZURDOS

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

13. PERITAJE

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 Panameña.

Los peritos deberán practicar la evaluación atendándose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnización 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.

14. AVISO DE RECLAMACIÓN

Deberá notificarse a la Compañía por escrito cualquiera lesión que pudiera dar motivo a reclamación, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente causante de tal lesión.

El aviso dado por el Asegurado a la Compañía, o a cualquier Agente Autorizado de la Compañía con detalles suficientes para poder identificar al Asegurado, será considerado como notificación a la Compañía. La falta de notificación dentro los términos estipulados en este Contrato, no invalidará la reclamación si se demostrare que no fue razonablemente posible dar el aviso en el término especificado y que se notificó a la Compañía tan pronto como fue factible. No obstante, esto no invalida los derechos de la Compañía a exigir el examen médico y/o autopsia y/o informes de Medicatura Forense.

15. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Todas las indemnizaciones bajo este Contrato serán pagaderas al Asegurado. En caso de inhabilitación legal del Asegurado, la indemnización será pagadera al Beneficiario designado en la Póliza a la cual se encuentra adherido este Contrato, o a los curadores nombrados por el juez.



GENERALI
Assicurazioni Generali

16. CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

El pago de la suma principal de este aditamento conlleva la cancelación automática del mismo.

17. PRESCRIPCIÓN

No podrá entablarse reclamación alguna para cobrar cualquiera Suma Asegurada bajo este Contrato después de transcurrido un (1) año contado a partir de la fecha en que ocurrió el accidente.

Este Contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura. Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.



BENEFICIO DE RENTA HIPOTECARIA TEMPORAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este Contrato Suplementario forma parte de la Póliza a la cual acompaña, se expide sobre la vida del Asegurado mencionado en las Condiciones Particulares de dicha Póliza (en el presente también llamado Asegurado) en consideración de la prima aplicable a este Contrato Suplementario.

1. DEFINICIONES

“Incapacidad Total y Permanente” será aquella sufrida a consecuencia de lesión corporal o de enfermedad, que impida en absoluto al Asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos, que haya persistido sin interrupción y que haya sido decretada y certificada por la junta médica de la Caja de Seguro Social, aunque sea ésta provisional o permanente.

La Compañía reembolsará a la institución financiera las letras vencidas posterior a los noventa (90) días de iniciada la incapacidad, luego de recibir la resolución de la Caja de Seguro Social y comprobada la Incapacidad Total y Permanente. No obstante lo anterior, para Trabajadores Independientes que no cotizan en la Caja de Seguro Social y que suscriben éste beneficio, la Compañía designará una Junta Médica Evaluadora integrada por un Médico que designe el Asegurado o su representante, un Médico que designe la Compañía de Seguros y un tercer Médico que será nombrado de común acuerdo entre las partes.

La Compañía reconocerá como Incapacidad Total y Permanente sin excepciones, la parálisis producida por lesión de la columna vertebral, o la pérdida total irrecuperable de la vista de ambos ojos, o la pérdida por inhabilitación funcional total y definitiva o por amputación de ambas manos arriba de las muñecas o de ambos pies arriba de los tobillos.

“Enfermedad” significa patología o enfermedad contraída y comenzada después de la fecha de efectividad de este Contrato por lo que respecta al Asegurado cuya enfermedad es la base del reclamo.

“Lesión” siempre que se utilice dentro de este Contrato Suplementario significa lesión accidental corporal ocurrido durante la vigencia de este Contrato por lo que respecta al Asegurado cuya lesión es la base del reclamo y resultando, directa e independientemente de cualesquiera causas, en pérdida cubierta por la Póliza.

2. RENTA HIPOTECARIA TEMPORAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía conviene, al recibo de prueba fehaciente por escrito de que el Asegurado haya quedado Incapacitado Total y Permanentemente, según queda definido en este Contrato de Beneficio Suplementario (en el presente llamado también Contrato), y con sujeción a las condiciones y cláusulas a continuación estipuladas, en PAGAR UNA RENTA MENSUAL HIPOTECARIA TEMPORAL, establecida en las condiciones particulares de la Póliza, en virtud de la obligación financiera del Asegurado con la Institución Financiera de crédito, durante el tiempo que persiste tal incapacidad, comenzando en la fecha en que venza la letra posterior a la fecha en que se haya presentado a la Compañía tal incapacidad y finalizando al terminar el estado de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, o la terminación del Contrato de Seguro, o la terminación de la obligación financiera del Asegurado con la Institución Financiera de Crédito, cualquiera de estas que ocurra primero.

La “Renta Hipotecaria Temporal” se concederá solamente por Incapacidad Total y Permanente:

1. que haya sido ocasionada por lesión o enfermedad sufrida después de la fecha de emisión de este Contrato.



2. que haya comenzado antes del aniversario de dicha Póliza más cercano al sexagésimo (60) cumpleaños del Asegurado
3. que persista la deuda contractual hipotecaria del Asegurado, para con la Institución Financiera de Crédito que otorgó el préstamo.
4. y, que haya comenzado antes de quedar en descubierto cualquiera de las primas pagaderas bajo la Póliza y este Contrato, o dentro del período de gracia concedido en la Póliza para el pago de primas en cuyo caso el Asegurado, será responsable de la prima vencida.

3. PAGO DE LA RENTA

Después de presentado el Decreto de Resolución provisional requerido para la declaración de la Incapacidad Total y Permanente, la Renta Hipotecaria Temporal por Incapacidad Total y Permanente se hará efectiva a partir de esta fecha y las letras dejadas de pagar durante esos noventa (90) días serán reembolsadas, sin intereses al Asegurado.

4. INICIO DE LA COBERTURA

La cobertura otorgada bajo este Contrato suplementario no tendrá efecto respecto al Asegurado si éste se encontrare internado en un hospital o incapacitado al momento de la entrada en vigencia de esta cobertura. La misma tendrá efecto treinta (30) días después del cese de dicho internamiento o de la incapacidad, cualquiera de estos que se cumpla de último.

5. AVISO ESCRITO DE RECLAMACIÓN

El aviso escrito de reclamación bajo este Contrato deberá presentarse a la Compañía y ser recibido por ésta dentro de los treinta (30) días siguientes al inicio de la incapacidad.

6. PRUEBA FEHACIENTE DE RECLAMACIÓN

La Compañía, a petición del interesado, suministrará formularios especiales para la presentación de prueba fehaciente de la incapacidad y, siempre que sea razonablemente posible, dicha prueba fehaciente deberá

presentarse en esos formularios de acuerdo con las disposiciones que en ellos se estipulen.

7. PRUEBA DE PERSISTENCIA DE LA INCAPACIDAD

Aún en el caso de que haya sido aceptada como satisfactoria por la Compañía la prueba de incapacidad, el Asegurado, deberá presentar, cuando así lo requiera la Compañía pero con intervalos mayores a tres (3) meses, evidencia en la forma antes mencionada de que la incapacidad continúa; pero cuando la incapacidad haya continuado durante dos años completos la Compañía sólo exigirá esa prueba una vez cada año subsiguiente.

La Compañía conjuntamente con el médico tratante podrá calificar la condición y estado del Asegurado y determinará si se encuentra en posibilidad de reiniciar o desempeñar cualquier trabajo, de acuerdo a su educación, entrenamiento y experiencia. La Compañía continuará el beneficio de “Exoneración de las Primas” y autorizará al Asegurado a realizar una ocupación o actividad, si al efectuar esta calificación es posible establecer o presumir los siguientes hechos y circunstancias:

1. Que la clase de gestiones y actividades remunerativas a las que pudiera dedicarse o desempeñar el Asegurado (como las que son comunes a personas impedidas o imposibilitadas), no modificarían, alterarían o cambiarían la situación de desmejoramiento que se originó y se mantiene en el estado de incapacidad, y
2. Que los resultados económicos o la remuneración que mediante esta clase de actividades y ocupaciones pudiera obtener el Asegurado:
 - a. sean proporcionalmente menores o inferiores a los que lograra alcanzar si gozare del uso completo de todas sus facultades, y
 - b. conserven una relación notoriamente desfavorable o disminuida con respecto a la posición social que tenía el Asegurado al sobrevenirle la incapacidad



El Asegurado se compromete a dar aviso inmediato a la Compañía en caso de que se recupere de la incapacidad y a obtener el consentimiento expreso de la Compañía antes de reiniciar o realizar trabajo o dedicarse a cualquiera ocupación o negocio con fines remunerativos o lucrativos.

La falta de pruebas de persistencia de la incapacidad, o el aviso de recuperación de la incapacidad o de la autorización de la Compañía para que el Asegurado pueda reiniciar, desempeñar o ejercer cualquier actividad, trabajo y ocupación conforme se estipulan en este Contrato, no exime al Asegurado de pagar las primas y de la responsabilidad de devolver el valor de las primas exoneradas indebidamente.

8. PRUEBA MÉDICA

La Compañía exigirá prueba médica de la fecha de la lesión o enfermedad que ocasionaron la incapacidad total. A intervalos trimestrales la Compañía exigirá prueba médica de la continuidad de la incapacidad. Luego de relevarse el pago de las primas durante 2 años, se exigirá la prueba una vez al año.

La Compañía podrá exigir exámenes médicos por un médico designado por ella para verificar la incapacidad total. Si la incapacidad total se interrumpiera en cualquier momento, o el Asegurado no suministrara dicha prueba, la Renta Hipotecaria Temporal será Terminada.

9. EXCEPCIONES

No se pagará ninguna Renta si la incapacidad fuera el resultado en parte o en su totalidad de:

1. Una lesión autoinflingida estando el Asegurado en uso o no de sus facultades mentales, al
2. haber cometido un delito grave o asalto, o por participar en un motín o en una insurrección.
3. La toma voluntaria de:
 - a. Cualquier droga o sustancia controlada, excepto mediante receta médica.

- b. Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- c. Cualquier veneno o gas dañino.

4. Embarazo

5. Vuelo o en Descenso de cualquier aeronave, excepto si se viaja como pasajero de una aeronave comercial, sin desempeñar deberes durante el vuelo.

6. Guerra declarada o no.

7. Cualquier incapacidad relacionada con servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.

10. EL CONTRATO SUPLEMENTARIO FORMA PARTE DE LA PÓLIZA

Este Contrato Suplementario formará parte de dicha Póliza y las disposiciones de la misma quedan incorporadas a este Contrato y forman parte integrante del mismo excepto que:

1. Si en la fecha de emisión de este Contrato Suplementario la edad del Asegurado fuera más de sesenta (60) años, este Contrato Suplementario será nulo y no tendrá valor, salvo para exigir, una vez descubierto tal hecho respecto a la edad, la devolución de las primas adicionales sobre este Contrato que hayan sido pagadas y recibidas en la Compañía.
2. No podrá hacerse cambio alguno en la Póliza o en el modo de efectuar los pagos de la prima sobre la misma, mientras dure la incapacidad;
3. Este Contrato Suplementario será sin participación de las ganancias repartibles de la Compañía, y
4. Este Contrato Suplementario será disputable durante la vigencia de esta Póliza.

11. TERMINACIÓN

Este Contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas:

1. En el aniversario de la Póliza más próximo a los sesenta (60) años de edad del Asegurado.
2. Al finalizar el período de gracia para el pago de prima a la Póliza.
3. Cuando la Cobertura Básica expire.



4. A solicitud por escrito del Asegurado.
5. Si el Asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra declarada o no.
6. Al terminar la obligación financiera del Asegurado con la Institución Financiera de Crédito.
7. Si el Asegurado dejare de trabajar.

Siempre que este Contrato Suplementario se cancele o termine de otro modo, dejará de ser pagadera la prima adicional correspondiente y no será pagadero ningún valor de liquidación excepto el reembolso de la porción no devengada, si la hubiere, de la prima adicional correspondiente al período en el cual se hizo efectiva la terminación, junto con cualquiera prima adicional pagada y con vencimiento posterior a la terminación del Contrato. El pago o la aceptación subsiguiente de cualquiera prima bajo el presente Contrato no

creará otra obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

Este Contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.



COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA CRÉDITO HIPOTECARIO

1. VALIDEZ

Los beneficios a que se refiere este documento, solo serán válidos y obligarán a la Compañía, si los mismos han sido convenidos según las Condiciones Particulares de la Póliza. Por tanto, la simple inserción de ésta adenda en la documentación agregada a la Póliza, no es indicativo de la aceptación de la cobertura por parte de la Compañía.

2. COBERTURA DE DESEMPLEO

Si el Asegurado perdiere sus ingresos por despido injustificado de su empleo (despido no imputable al Asegurado), durante tres meses consecutivos, la Compañía se hará cargo al finalizar este período de espera (tres meses) del pago de las cuotas mensuales de amortización del crédito contraído por el Asegurado, hasta por el total de la cuota mensual cubierta indicada en las condiciones particulares de la Póliza para este beneficio. Los pagos se efectuarán mensualmente al acreedor hasta que el Asegurado vuelva a conseguir trabajo, o el crédito se haya pagado en su totalidad, o se hayan entregado doce (12) mensualidades por cada período de desempleo, lo que ocurra primero.

Para que este beneficio sea efectivo la cobertura deberá haber sido contratada y pagada por: seis (6) meses consecutivos desde el momento del desembolso del préstamo hipotecario con respecto a hipotecas nuevas y doce (12) meses consecutivos para hipotecas que no sean nuevas, así como para cualquier rehabilitación.

Podrán ser pagadas indemnizaciones posteriores por desempleo siempre que el Asegurado haya vuelto a trabajar por un período de al menos doce (12) meses antes de volver a perder un nuevo trabajo. El número total de pagos mensuales bajo esta cobertura no podrá ser mayor de treinta y seis (36).

Esta cobertura aplica solamente al Deudor Asegurado que al momento de tomar la misma haya estado trabajando continuamente en doce

(12) meses a tiempo completo, para un mismo patrono (que no sea él mismo, ni familiar).

La indemnización mensual será igual a la cantidad correspondiente a la cuota mensual de amortización nivelada pagada por el Asegurado en concepto de intereses y abono al principal adeudado, conforme a los términos del Contrato de préstamo vigente al momento de emitirse esta Póliza. A este se agregan, las cuotas mensuales que por gastos cobre la institución acreedora y las primas mensuales del seguro que cubre el bien dado en garantía y el de la presente Póliza. El valor de las cuotas mensuales referidas no podrán exceder el límite que por este concepto se establece en las condiciones particulares de la Póliza a la cual corresponda esta Adenda.

3. DEFINICION DE EMPLEO

Se entiende por trabajo o empleo, cualquiera sea su denominación, la existencia de un convenio mediante el cual el Asegurado se obliga a prestar su servicio o ejecutar una obra a favor de otra, bajo la supervisión jurídica o dependencia económica de ésta, siempre y cuando dicha relación laboral o convenio de trabajo sea regulado de acuerdo a las normas establecidas en el código de trabajo. En términos generales la definición de trabajo o empleo presupone la existencia de una relación de trabajo en los términos que se conciben en la ley laboral.

4. PERDIDA DE EMPLEO NO AMPARADOS

El presente documento no cubre cuando las pérdidas de empleo se deban a cualquiera de las siguientes causas:



1. Cese voluntario, o renuncia del derecho de remuneración, salario, ingresos o sueldo por cualquier causa.
 2. Por retiro, pensión o jubilación.
 3. Por Muerte.
 4. Desempleo normal por temporada o terminación de Contrato (empleo por tiempo definido).
 5. Incapacidad por accidente, enfermedad, desorden mental o embarazo.
 6. Cuando el Asegurado tenga conocimiento previo del cese del empleo, sea directa o indirectamente, al momento de solicitar el crédito o de emitirse la Póliza.
 7. Despido del patrono por causa justificada de naturaleza disciplinaria, tal y como, pero sin limitarse a, conducta criminal malintencionada (actividad ilícita según lo establecido por las leyes aplicables), violación de políticas establecidas, negligencia, actos prohibidos, conducta impropia intencionada o conflicto de intereses.
 8. Cuando proceda el despido por culpa del Asegurado o justificada por el Empleador.
 9. Cuando no se reclame en forma oportuna contra la decisión empresarial ante las autoridades competentes.
 10. Guerra o acto de guerra, declarada o no.
 11. Ocurrencia Nuclear.
 12. Conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, revolución.
 13. Trabajo por cuenta propia.
 14. Desastres Naturales.
2. Al finalizar el período de gracia para el pago de cualquier prima adeudada.
 3. Cuando la cobertura Básica expire.
 4. Al terminar la obligación financiera.
 5. Al suspenderse el pago de prima de esta adenda.
 6. A solicitud escrita por el Asegurado.
 7. Al quedar el Asegurado Exonerado del pago de primas por Incapacidad Total y Permanente.

Este Contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este beneficio.

5. EFECTO Y TERMINACIÓN

El presente seguro complementario entra en vigencia en la fecha de emisión de la Póliza a la cual se adhiere, y expira automáticamente al terminarse por cualquier de las siguientes causas:

1. Al aniversario de la Póliza más próximo a los sesenta y dos (62) años de edad del Asegurado.