



BENEFICIO DE CÁNCER

CONDICIONES GENERALES

Este Beneficio y su Solicitud forman parte de la Póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Beneficio, el mismo está sujeto a todas las Condiciones Generales de la Póliza. El mismo se expide sobre la vida del Asegurado.

La prima de este beneficio está incluida en la prima de la póliza principal.

1. PARTES:

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

2. OBJETO DEL SEGURO:

Este Contrato provee una protección en caso de que el Asegurado descrito en la Póliza le sea diagnosticado por primera vez un Cáncer, según se detalla:

- a. A partir de los noventa (90) días de la Fecha Efectiva de la Póliza, detallada en las Condiciones Particulares, para los Asegurados que ingresaron antes de la edad de sesenta (60) años, ó
- b. A partir de los ciento ochenta (180) días de la Fecha Efectiva de la Póliza, detallada en las Condiciones Particulares, para aquellos Asegurados que ingresaron con edad igual o mayor a sesenta (60) años.

Mientras la Póliza esté en vigor, La Compañía realizará un pago único y definitivo al Asegurado mientras viva por el **Diagnóstico de Cáncer por primera vez**, por monto igual a lo descrito en las condiciones particulares bajo este beneficio.

3. DEFINICIONES:

Contratante: Persona natural o jurídica que suscribe esta póliza, y al que corresponden las obligaciones que de la misma derive,

salvo que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: es la persona en cuyo favor se emite el seguro.

Beneficiario: La persona natural o jurídica que, designada previamente por el Asegurado, resulta titular del derecho a la indemnización.

Fecha Efectiva: Es la fecha de inicio para toda la cobertura prevista en la Póliza al momento de su contratación, la cual será indicada en las Condiciones Particulares.

Cáncer: Se define como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal y el esparcimiento de células malignas, en cualquier parte del cuerpo, la invasión de tejido o leucemia, y la enfermedad de Hodgkins.

El diagnóstico positivo debe ser realizado por un médico patólogo certificado por el Consejo Técnico del Ministerio de Salud de Panamá o por la autoridad de salud del país donde se realice el diagnóstico, para ejercer la Anatomía Patológica o por un Patólogo Osteopático, basándose en el examen microscópico del tejido, o las preparaciones del sistema sanguíneo (mientras viva).

El patólogo que establezca el diagnóstico basará su juicio exclusivamente en el criterio internacional de malignidad, después de un estudio de la estructura del tejido y la célula o del patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso. El diagnóstico clínico no sustituye este requerimiento para determinar el diagnóstico positivo de Cáncer.

Diagnóstico Post-Morten: Cuando el diagnóstico positivo de Cáncer sólo se pueda hacer post-mortem, esto no obliga a la Compañía al pago del beneficio.



Edad: Es la edad cumplida por el Asegurado en la fecha de contratación de la Póliza o en su renovación según sea el caso.

4. NULIDAD DEL CONTRATO:

Toda declaración falsa o inexacta, de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Contratante, por el Asegurado, por La Compañía o representantes de cualquiera de las partes, que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo.

Si la falsedad o inexactitud proviene de el Contratante o el Asegurado o de quien lo represente, La Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviene de La Compañía o sus representantes, el Asegurado puede exigir la devolución de las primas pagadas, más un diez por ciento en calidad de perjuicios.

5. LIMITES DEL BENEFICIO DE CÁNCER:

Para edades comprendidas de 18 a 49 años, el Asegurado podrá elegir las dos opciones de suma asegurada por \$25,000 ó por \$50,000. Para edades de 50 años en adelante la máxima suma asegurada será de \$25,000. Esto aplica tanto para ventas nuevas como para renovación de la póliza.

La suma asegurada será la descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO:

Este Beneficio terminará automáticamente, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Al cancelarse la Póliza Principal.**
- b. Por falta de pago de cualquier prima de la Póliza Principal.**
- c. Cuando en virtud de la Póliza Principal o de este Beneficio se reconozca el pago de una reclamación total.**

d. Cuando el Asegurado alcance la edad de setenta (70) años.

e. A solicitud escrita de el Contratante o el Asegurado.

f. Si se comprueba declaraciones falsas o inexactas, de acuerdo al Artículo 4 de este Beneficio.

7. REHABILITACIÓN:

En caso de que la póliza haya terminado por causa de falta de pago, el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de su seguro, mediante la presentación de una solicitud de rehabilitación. Las estipulaciones contractuales y coberturas de la póliza comenzarán a regir después de la fecha de dicha rehabilitación y cumplidos los plazos establecidos en la **Cláusula 2 “OBJETO DEL SEGURO”**. La Compañía no se hará responsable de ninguna reclamación que haya ocurrido mientras la póliza estuvo cancelada. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de rehabilitación.

8. BENEFICIARIOS:

Los beneficios bajo este Contrato, serán pagados al Asegurado, o a su(s) beneficiarios si el Asegurado ha presentado la reclamación y ésta cumple con los requisitos establecidos en la cláusula **“PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS RECLAMOS”** y fallece antes de recibir el pago de éste beneficio.

En caso de no haber sido designado(s) beneficiario(s) o que los designados no sobrevivan, el beneficio será pagado a los herederos legales del Asegurado.

9. PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS RECLAMOS:

a. Una vez diagnosticado por primera vez el cáncer el Asegurado deberá presentar a La Compañía, la solicitud para el pago de la



indemnización y presentar la siguiente documentación:

- Formulario de reclamos debidamente completado por el Asegurado y médico tratante, donde indique diagnóstico*.
- Copia del informe de patología*.
- Historia clínica, informe médico y resultado de estudio diagnóstico y laboratorios*.
- Copia del documento de identidad personal.

***Todos los documentos deben contener el sello con el número de registro del médico, la firma del mismo y su especialidad, la documentación que no cumpla con estos requisitos no será considerada como válida.**

En caso de que el diagnóstico se realice fuera de la República de Panamá, los documentos deben ser presentados con apostilla o autenticados por las autoridades competentes.

10. INVESTIGACIÓN DE RECLAMOS:

La Compañía podrá revisar al Asegurado por Médicos designados por ésta; o citarlo al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido del beneficio; asimismo, podrá investigar y solicitar información a los Médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

11. RECLAMACIÓN FRAUDULENTE:

La Compañía, quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza, cuando:

- a) El Asegurado presente una reclamación fraudulenta, o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.
- b) En cualquier tiempo El Asegurado, o terceras personas que obren por cuenta de éste, o con su conocimiento, empleen

medios, o documentos engañosos, o dolosos para sustentar una reclamación para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza.

12. PRESCRIPCIÓN:

Las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en el término de un (1) año, a partir del día en que ocurra el siniestro.

13. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

Este Beneficio paga solo extensión directa y diseminación por metástasis.

Esta póliza no cubre por lo que resulte de:

1. Una infección oportunista, o neoplasma maligno, si al momento de la pérdida el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud.

- a. **Infecciones oportunistas incluye, pero no debe limitarse a la neumonía causada por el Pneumocystis Carinii, organismo de enteritis crónica, virus y/o infección por hongo, diseminada.**
- b. **Neoplasma Maligno, incluye, pero no está limitado al Sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central u otros males que lleguen a conocerse como causas de muerte inmediata en presencia de la inmunodeficiencia adquirida.**
- c. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida deberá incluir el V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Síndrome de Desgaste.**

2. Condiciones Pre-existentes diagnosticadas anterior a la fecha efectiva de la cobertura.

14. CAMBIOS DE PRIMAS:

El presente beneficio tiene una vigencia de un año, el cual se describe en las



condiciones particulares y será renovada automáticamente. En cada renovación del contrato, La Compañía modificará la prima de acuerdo a la edad del Asegurado basado en la tabla descrita en las Condiciones Particulares.

Igualmente la Compañía podrá modificar las primas cuando los resultados del producto en su conjunto lo requieran por razones de desviación de siniestralidad, una vez sea aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, La Compañía deberá dar notificación al Asegurado del cambio de primas con 30 días de anticipación.

15. MODIFICACIONES:

Toda modificación a esta Póliza deberá realizarse con previo acuerdo de la Aseguradora y el Contratante o el Asegurado, por medio de endoso a la misma.

16. AVISO Y COMUNICACIONES-DOMICILIO:

Los avisos y comunicaciones que, con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes, deberán ser formulados por escrito y dirigidos al domicilio señalado por las partes. Para estos efectos La Compañía señala como domicilio el indicado en la carátula de la Póliza, y el Contratante o el Asegurado, el lugar de la República de Panamá indicado en la Solicitud de Seguros o el último declarado en la póliza.

17. 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, Asegurado y Beneficiario(s), renunciarán expresamente al fuero de sus domicilios.

17. LEY APLICABLE

Para este beneficio, serán aplicables las leyes de la República de Panamá.

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-86 del 29 de diciembre de 2016.