

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A., compañía organizada de conformidad a las leyes de la República de Panamá, mediante sociedad anónima, inscrita en el Registro Público mediante RUC 2203687-1-773722 D.V. 9, de la Sección de Micropelículas (Mercantil) denominada en adelante (“**LA COMPAÑÍA**”), conviene con **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** nombrado en las declaraciones, informes, solicitud e inspecciones que forman parte de esta póliza, celebrar el presente Contrato de Seguro, sujeto a lo estipulado en las condiciones particulares de esta póliza y a los términos y condiciones que se detallan en estas condiciones generales

I. PERSONAS ASEGURABLES.

Son asegurables todos los empleados o integrantes del grupo cuya edad está comprendida entre dieciocho (18) y sesenta (60) años, y podrán gozar de la cobertura hasta la edad de setenta (70) años.

A los efectos del presente contrato, se considera como Colectivo, la agrupación de diez (10) o más empleados del **CONTRATANTE**. También se considera como Colectivo el grupo de cinco (5) o más personas, que sean integrantes de Federaciones de Grupos, Asociaciones Profesionales, Gremiales o Sindicales, siempre que dicha entidad, los vincule con fines de dirección o coordinación de sus actividades

II. COBERTURA BASICA.

Esta póliza cubre, dentro de los límites pactados, las pérdidas económicas sufridas por **EL ASEGURADO** y descrito en las Condiciones Particulares o en sus anexos.

a) Muerte del Asegurado por cualquier causa.

En el evento que ocurra la muerte del Asegurado, LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados en las Condiciones Particulares de la póliza ó en el Certificado de Seguros, el monto de la suma asegurada por esta cobertura, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de El Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura.

Dentro de esta cobertura se incluye un sub-límite para adelanto de gastos funerarios, en procura de adelantar inmediatamente reciba el aviso LA COMPAÑÍA, por parte de un beneficiario designado por EL ASEGURADO (s) en la póliza, hasta un máximo de B/. 1,500.00 de la suma asegurada. En caso de varios beneficiarios, este adelanto será descontando equitativamente entre todos los beneficiarios, e igualmente dicho monto será deducido del monto de la cobertura básica.

Para este adelanto, se deberá acreditar mediante documentos formales la constancia de la muerte del asegurado.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

Asimismo, y siempre que la póliza estuviere vigente, y condicionado al recibo de prueba fehaciente y por escrito que al Asegurado, se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, se le podrá adelantar a su voluntad, hasta un 30% de la cobertura de muerte por cualquier causa, pagadero en la fecha en la que se dictaminó que sufría de tal enfermedad.

De darse este adelanto, será igualmente descontando del monto de la cobertura básica de muerte.

Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Al momento del fallecimiento de **EL ASEGURADO**.
- 2) Al cumplir **EL ASEGURADO** la “**Edad Máxima de Cobertura**” para esta cobertura, establecida en las **Condiciones Particulares** de la póliza.
- 3) A partir del momento en que **EL ASEGURADO** haya percibido indemnizaciones equivalentes al **100%** de la suma de cobertura bajo esta cobertura.
- 4) Cuando **El Asegurado** presente una reclamación bajo la **Cobertura Incapacidad Total y Permanente**.
- 5) Si **LA COMPAÑÍA** comprueba que **El Asegurado** le ha omitido, declarando de manera inexacta y ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.
- 6) La no comunicación a **LA COMPAÑÍA** de la agravación del riesgo, de acuerdo a lo que establece esta póliza.

III. COBERTURAS OPCIONALES.

a) Cobertura de Lesiones Corporales y Desmembramiento.

Si **EL ASEGURADO** llegase a sufrir lesiones corporales, causadas directa y exclusivamente, por medios externos, violentos y puramente accidentales, y si dentro de noventa (90) días calendario, después de sufrir dichas lesiones, y como resultado, directa e independientemente de toda causa, hubiese sufrido cualquiera de las pérdidas especificadas en la **Tabla de Indemnizaciones**, **LA COMPAÑÍA**, se compromete a efectuar el pago la **Cobertura por BASICO DE VIDA** (muerte por cualquier causa), hasta el monto detallado en la tabla de indemnizaciones mostrada a continuación:

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES GENERALES**

TABLA DE PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN	
Invalidez o Pérdida	% Suma Asegurada
Incapacidad Total y Permanente, lesiones incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento, enajenación mental incurable.	100%
Pérdida o inutilización total de ambos brazos, de ambas piernas, de ambas manos, de ambos pies, de un brazo y una pierna o de una mano y un pie	100%
Ceguera Absoluta	100%
Pérdida del Habla	50%
Pérdida completa de un ojo o de su visión	50%
Sordera Completa	50%
Sordera Completa de un solo oído	15%
Pérdida o inutilización absoluta:	
De un brazo o de una mano	60%
Del dedo pulgar o índice	20%
De dos falanges del dedo índice	10%
De una falange del dedo índice	8%
De uno de los demás dedos de la mano	5%
De la falange distal del dedo pulgar	8%
De una falange de cualquier otro dedo de la mano	3%
Del dedo gordo del pie	5%
De cualquier otro dedo del pie	3%
De una pierna por encima de la rodilla	50%
De una pierna por debajo de la rodilla	40%

Por pérdida total se entiende la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La compensación total pagadera por concepto de varias indemnizaciones debidas al mismo accidente no excederá en conjunto de la compensación establecida para la pérdida accidental de la vida.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la lesión deriva de pseudo-artrosis, la indemnización no podrá exceder el setenta por ciento (70%) de la que le correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

Si la persona asegurada es zurda (y así es comprobado por LA COMPAÑÍA) y sufre una pérdida cualquiera de las extremidades superiores, tal y como se especifica en la Tabla de PÉRDIDA DE EXTREMIDADES SUPERIORES, la compensación que será pagada, será aquella que determine LA COMPAÑÍA aplicando los porcentajes correspondientes a una persona considerada "Derecho".

Esta cobertura surte efecto, siempre que la muerte del Asegurado dentro de los 365 días siguientes de la ocurrencia de la lesión y/o desmembramiento.

Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Al momento del fallecimiento de El ASEGURADO.**
- 2) Al cumplir EL ASEGURADO la "Edad Máxima de Cobertura" para esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- 3) Cuando El Asegurado presente una reclamación bajo la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente.**
- 4) Si LA COMPAÑÍA comprueba que El Asegurado le ha omitido, declarando de manera inexacta y ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.**
- 5) La no comunicación a LA COMPAÑÍA de la agravación del riesgo, de acuerdo a lo que establece esta póliza.**
- 6) Cuando se Cancela póliza de la cual esta cobertura forma parte.**

b) Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por accidente.

Si EL ASEGURADO sufre lesiones corporales o enfermedad por las cuales resultase total y permanentemente inválido y una vez transcurrido 6 meses, LA COMPAÑÍA se compromete a pagar en sesenta (60) mensualidades la suma asegurada por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente por el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza de dicho asegurado.

Para esta Cobertura también son considerados como Incapacidad Total y Permanente:

- 1) La pérdida física de dos miembros (por miembros se refiere a la mano completa o al pie completo).
- 2) La pérdida completa e irremediable de la vista en ambos ojos como resultado de una lesión accidental manifestada después de la emisión de esta Cobertura.

Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Al momento del fallecimiento de EL ASEGURADO.**
- 2) Al cumplir EL ASEGURADO la "Edad Máxima de Cobertura" para esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.**

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES GENERALES**

- 3) Al acogerse EL ASEGURADO a la Cobertura de Desmembramiento en la Cobertura de Muerte Accidental o Desmembramiento.**
- 4) Al cumplir EL ASEGURADO la “Edad Máxima de Cobertura” para esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- 5) Cuando se Cancela póliza de la cual esta cobertura forma parte.**

c) Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Por el pago de una prima adicional, se indemnizará a EL ASEGURADO hasta la Suma Asegurada mostrada en las Condiciones Particulares de la póliza por gastos y honorarios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos en que hubiere incurrido el Asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de ésta póliza. Dichos gastos, son los gastos médicos razonables y acostumbrados del centro médico y laboratorio en los que incurra el Asegurado, estrictamente por la asistencia médica recibida. Se excluyen de este beneficio los gastos por adquisición o renta de aparatos ortopédicos distintos de muletas, tobilleras, muñequeras, sillas de ruedas y cuellos ortopédicos.

La cobertura de Gastos Médicos incluye el reembolso del cincuenta por ciento (50%) del costo del servicio de ambulancia terrestre, hasta un máximo de B/.150.00 por evento y de 3 atenciones al año, en caso de accidentes amparados por la presente póliza o sus consecuencias que pongan en peligro la vida del Asegurado, impidiéndole el traslado por sus propios medios a un Centro de Atención Médica. El monto a indemnizar por concepto de ambulancia será adicional a la suma asegurada de la cobertura de Gastos Médicos. Se excluyen los traslados intrahospitalarios.

El Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones indicadas, siempre que las consecuencias del accidente se manifestaren a más tardar dentro del plazo de seis (6) meses, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

El Límite máximo de Responsabilidad de LA COMPAÑÍA, un vez cubierto los días del deducible, con respecto a la indemnización de un evento es la Suma Asegurada para esta Cobertura que se muestra en el Certificado de Seguro de El Asegurado.

Esta Cobertura termina al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1) Al momento del fallecimiento de EL ASEGURADO.**
- 2) Al cumplir EL ASEGURADO la “Edad Máxima de Cobertura” para esta cobertura, establecida en el certificado póliza.**
- 3) Cuando El Asegurado presente una reclamación bajo las Coberturas de Lesiones Corporales y Desmembramiento o Incapacidad Total y Permanente.**

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES GENERALES**

- 4) Si LA COMPAÑIA comprueba que El Asegurado le ha omitido, declarando de manera inexacta y ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.
- 5) La no comunicación a LA COMPAÑIA de la agravación del riesgo, de acuerdo a lo que establece esta póliza.
- 6) Cuando se Cancela la póliza de la cual esta cobertura forma parte.

LA COMPAÑIA, no será responsable de pago bajo esta póliza, si un siniestro resultare a consecuencia de alguna de los siguientes eventos:

- 1) Gastos Médicos a consecuencia de Actos Dolosos, incluyendo intento de homicidio doloso.
- 2) Gastos Médicos de cualquier naturaleza que no sea prescrita por un Médico legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- 3) Gastos Médicos a consecuencia de intento de suicidio o por lesiones auto infligidas.
- 4) Gastos Médicos para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo u otro tipo de adicción.
- 5) Gastos Médicos a consecuencia de anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- 6) Hospitalización a consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos distintos a los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades.
- 7) Gastos Médicos por tratamiento o cirugía dental, excepto aquellos ocasionados por una lesión accidental.
- 8) Gastos Médicos a consecuencia de condiciones médicas preexistentes. Para estos efectos, se entenderá por “preexistencia” cualquier enfermedad o condición de salud que hubiere sido diagnosticada o conocida por El Asegurado antes de la contratación del seguro.
- 9) Gastos Médicos como resultado de una infección producida por el virus de Inmuno Deficiencia Humana (HIV) o variantes incluyendo el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo Relacionado o enfermedades relacionadas.
- 10) Gastos Médicos a consecuencia de un accidente en el cual El Asegurado conducía un vehículo y se determine que el mismo tenía un nivel de alcohol de la sangre más alto que le permitido por la Ley del país donde ocurrió el accidente.
- 11) Gastos Médicos para chequeos médicos de rutina o cualquier otro examen en los cuales no existan indicaciones de trastornos de Salud.
- 12) Gastos Médicos por tratamientos de fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

- 13) **Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento.**

IV. EXÁMEN Y RECONOCIMIENTO MÉDICO.

Cuando LA COMPAÑÍA lo estime necesario, podrá realizar exámenes médicos para determinar el estado de salud de **EL ASEGURADO**, para los casos de emisión de la Póliza o aumentos de suma asegurada, siendo por cuenta de LA COMPAÑÍA los gastos que se originen por tal concepto.

V. BENEFICIARIOS.

La designación de (El / LOS) **BENEFICIARIO (S)** puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, s o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada a LA COMPAÑÍA.

Si la designación se hace a favor de varios **BENEFICIARIOS**, la prestación convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

EL BENEFICIARIO debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los **BENEFICIARIOS**. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida. En caso de inexactitud o error en el nombre del **BENEFICIARIO** que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás **BENEFICIARIOS** designados.

A falta de designación de **BENEFICIARIOS** o en caso de inexactitud o error en el nombre del **BENEFICIARIO** único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales de **EL ASEGURADO**.

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los **BENEFICIARIOS** o para alguno en particular, la prestación convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los **BENEFICIARIOS**, en el segundo caso.

Si la designación se hace a favor de los herederos de **EL ASEGURADO**, sin mayor especificación, se considerarán como **BENEFICIARIOS** aquellos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento de **EL ASEGURADO**.

En caso de que algún **BENEFICIARIO** falleciere antes o simultáneamente con **EL ASEGURADO**, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás **BENEFICIARIOS** sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales de **EL ASEGURADO**. A los efectos del seguro, se presume que **EL BENEFICIARIO** de que se trate ha fallecido simultáneamente con **EL ASEGURADO** cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

VI. CÁLCULO DE LA PRIMA.

Para efectos del cálculo de la prima, se tomará como edad de **EL ASEGURADO** la edad alcanzada, a la fecha de comienzo de este seguro. Asimismo, la cobertura que ampara esta Póliza tendrá validez siempre y cuando **EL ASEGURADO** tenga para el momento de contratación de la Póliza una edad comprendida entre dieciocho (18) y setenta (70) años de edad.

Si para el momento de contratación o renovación de esta Póliza no se conocen las edades de todos los integrantes del Grupo Asegurado, **LA COMPANÍA** utilizará una tasa provisional que como mínimo será la que corresponda a la edad de cuarenta y cinco (45) años por un período máximo de seis (6) meses, contado a partir de la fecha de contratación o renovación.

Cuando se tenga conocimiento de las edades de todos los integrantes del Grupo Asegurado, **LA COMPANÍA** calculará la prima total multiplicando la suma asegurada de cada **ASEGURADO** por la correspondiente tasa anual de tarifa según la edad alcanzada. La suma de las primas así obtenidas se dividirá entre el total de suma asegurada de todos los **ASEGURADOS**, resultando así la tasa media del Grupo.

VII. FECHA DE ELEGIBILIDAD.

Todas las personas que conforman el grupo podrán quedar aseguradas a partir de la fecha en que la Póliza entre en vigencia, siempre y cuando, hayan llenado debidamente su Solicitud de Seguro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha antes mencionadas. Las personas que comiencen a prestar sus servicios o se asocien a **EL CONTRATANTE** con posterioridad a la fecha en que entró en vigencia la Póliza y que sean elegibles, quedarán aseguradas a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que **EL CONTRATANTE** envió a **LA COMPANÍA** la Solicitud de Seguro correspondiente.

VIII. ADMINISTRACIÓN DE LA POLIZA.

EL CONTRATANTE o a quien éste autorice, está obligado a proporcionar a **LA COMPANÍA**:

1. Al momento de contratar la presente Póliza y en cada renovación anual, una lista completa de todas las personas elegibles.
2. Mensualmente y con diez (10) días de anticipación al final de cada mes, una lista detallada de los nuevos ingresos que reúnan las condiciones de elegibilidad con sus respectivas Solicitudes de Seguro, así como también una lista de los egresos de los **ASEGURADOS**.

IX. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN.

Si **EL ASEGURADO** dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, después de haber estado amparado durante un (1) año por lo menos, podrá solicitar por escrito a **LA COMPANÍA**, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de haber dejado de pertenecer al Grupo y pudiendo ser sometido a pruebas adicionales de asegurabilidad, un Seguro de Vida Individual hasta por la misma suma asegurada que tenía en la Póliza Colectiva, sujeto al pago de una prima conforme a la tarifa vigente de **LA COMPANÍA**, acorde con la edad alcanzada y el Plan de Seguro de Vida Individual escogido. La solicitud presentada en los términos anteriores será

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

aceptada por **LA COMPAÑÍA**. **LA COMPAÑÍA** queda exceptuada de esta obligación cuando se solicite un Seguro de Vida Temporal.

X. EXTENSIÓN DEL SEGURO PARA LOS JUBILADOS.

Las personas jubiladas por **EL CONTRATANTE** podrán mantenerse dentro del grupo asegurado, por la misma suma asegurada y mediante el pago de la respectiva prima, si lo manifiesta por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de jubilación.

XI. EXCLUSIONES.

LA COMPAÑÍA, no indemnizará el pago de ningún beneficio al **ASEGURADO** en cualquiera de los casos siguientes:

- a) A consecuencia de condiciones preexistentes no declaradas en la solicitud del seguro.
- b) Cuando el consentimiento de **LA COMPAÑÍA** para la suscripción de esta Póliza se haya obtenido actuando en mala fe por parte de **EL ASEGURADO**, mediante el suministro de declaraciones falsas o inexactas de hechos conocidos por **EL ASEGURADO** o su representante, o por los médicos que hayan brindado atención médica a **EL ASEGURADO**; ya sea que las hayan hecho en el formulario de solicitud de la Póliza o en documentos adicionales con motivo de la misma.
- c) Actos delictuosos, duelos o riñas, en donde se compruebe que el **ASEGURADO** tuvo una participación activa en tales hechos.
- d) Actos de guerra, declarada o no, alteraciones de orden público, guerra, disturbio popular, motín, insurrecciones, huelgas, en donde se compruebe que el **ASEGURADO** tuvo una participación activa en tales hechos.
- e) Daños infligidos voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas, incluyendo homicidio o tentativa de homicidio, intencionalmente al **ASEGURADO** por el o los **BENEFICIARIOS** de la Póliza, quedando a salvo el derecho de los **BENEFICIARIOS** que no participaron en el hecho.
- f) La no comunicación a **LA COMPAÑÍA** de la agravación del riesgo, de acuerdo a lo que establece esta póliza.
- g) Siniestros que ocurran posterior a la fecha de cancelación de la póliza o a la exclusión de un **ASEGURADO**.
- h) Siniestros a consecuencia de participación en tumulto; cometer algún asalto o felonía, acto del enemigo extranjero y hostilidades, se hayan declarado o no estas acciones bélicas, o guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, acto de poder militar, o de poder usurpado, huelga, motín o conmoción civil.
- i) Tomar veneno o asfixia por inhalar gas de forma voluntaria.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

- j) **Los siniestros causados por fenómenos sísmicos (Ej. Terremoto, temblor, erupción volcánica u otra convulsión de la corteza terrestre), inundaciones u otros fenómenos de carácter catastróficos.**
- k) **A consecuencia de prestar servicios en el ejército, policía, bomberos, la marina de guerra o fuerza aérea de su país de residencia; o de cualquier país, combinación de países u organización internacional.**
- l) **Los siniestros a consecuencia de la acción de los rayos” x” y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares o por efectos de energía nuclear de cualquier forma; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.**

XII. DECLARACIONES.

Al aceptar esta póliza, **EL CONTRATANTE y ASEGURADOS** nombrado(s) convienen que lo expresado en las declaraciones son sus propios acuerdos o representaciones, que esta póliza se expide fundándose en la veracidad de tales representaciones y que esta póliza comprende todos los acuerdos existentes entre él y LA COMPAÑIA, o cualquiera de sus agentes en lo referente al seguro. Así mismo, cualquier omisión, declaración falsa o inexacta, dolo o mala fe, fraude, reticencia o disimulo de los hechos importantes, tanto para la apreciación de los riesgos como la aceptación del negocio o en conexión con un reclamo tales como los conozca o deba conocer el corredor de seguros, asegurado o quien por él contrate este seguro, corroborada por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, facultará a LA COMPAÑIA para negar cualquier reclamo y acarreará la nulidad absoluta de esta póliza en su totalidad, sin que subsista obligación alguna de pagar los siniestros, pérdidas o daños pendientes, liberándola y desligándola de todas sus obligaciones, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpable grave, a partir de la fecha en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de dicha falta.

XIII. VIGENCIA DE LA POLIZA.

Es el plazo de duración de la póliza de seguro y durante el cual, LA COMPAÑIA asume los riesgos cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro que se detallan y para las que se establecen una prima en las condiciones particulares.

La vigencia de esta póliza comenzará a partir de las 12:01m. de la fecha que se establece en las condiciones particulares de la póliza y se renovará automáticamente por igual período, cada vez que se pague en la fecha de renovación, o por adelantado. La renovación será bajo las mismas condiciones contractuales, excepto cuando las partes estipulen lo contrario, para lo cual se emitirá el endoso respectivo.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

XIV. PAGO DE LA PRIMA.

La prima a cargo del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** vence el primer día de cada periodo de pago y debe ser efectuado en la oficinas de LA COMPAÑIA. Se entiende por periodo de pago los meses contados a partir de la fecha de inicio de efectividad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

La prima a pagar debe ser por adelantado en la forma convenida para las emisiones, renovaciones y modificaciones, de lo contrario se entenderá que la póliza no ha sido emitida, que nunca entró en vigencia y que este documento no crea obligación de cobertura de seguro alguna a cargo de LA COMPAÑIA

La prima podrá ser ajustada una vez al año a la fecha de aniversario póliza, de acuerdo a la evolución de siniestros del ramo y la composición de la cartera asegurada con la previa autorización por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

LA COMPAÑIA notificará a **EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO** cualquier cambio en el monto de la prima convenida por lo menos con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha en que entre en vigencia el cambio propuesto. La no aceptación del CONTRATANTE del cambio propuesto acarreará la terminación automática de la póliza al vencimiento de dicho plazo.

Se entenderá que EL CONTRATANTE ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo aquí estipulado.

XV. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, dispone de un periodo de gracia de 30 días siguientes a la fecha en la que se debió realizar su pago, según lo previsto en cada periodo de pago de la póliza, acorde al artículo 160, de la ley 12 de 3 de abril de 2012.

XVI. TERMINO DE PAGO DE PRIMAS.

Artículo 154, Ley 12 de 3 de abril de 2012 Causal de nulidad absoluta especial para los contratos de Seguro. Cualquiera que sea la forma de pago, el contratante deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la póliza. El incumplimiento del contratante de dicha obligación conllevará la nulidad del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entró en vigencia,

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual no se aplicara lo dispuesto en el artículo 998 del Código de Comercio.

Artículo 155, Ley 12 de 3 de abril de 2012 Renovaciones de las pólizas. Las Aseguradoras podrán emitir las renovaciones de contratos de seguros antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo periodo de cobertura, siempre que hubieran recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior.

En los Casos de renovación, los contratantes o sus corredores deberán recibir las renovaciones con un mínimo de treinta días calendario de anticipación a la fecha de inicio de vigencia.

En todo caso, la falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según lo pactado en la póliza, conlleva la nulidad absoluta del contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

SUSPENSION DE COBERTURA.

Cuando el contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del periodo de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta días.

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 de 3 de abril de 2012.

Cuando se trate de seguros de salud o de vida individual, la aseguradora no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del periodo de suspensión de sesenta días.

AVISO DE CANCELACION.

Todo aviso de cancelación de la póliza 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 enviada al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del contratante deberá notificarlo a la aseguradora, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

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 aplicara lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.

XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

Para hacer efectiva cualquier indemnización que pueda proceder según la presente póliza, **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, deberá presentar su reclamo dentro de los diez (10) días calendario luego de haber ocurrido el accidente, o su beneficiario deberá dentro del mismo término al aviso por escrito a la Compañía, debiéndose completar indistintamente y de forma satisfactoria los siguientes trámites:

Para la Cobertura básica de vida (muerte por cualquier causa):

- a) Certificado Original de Defunción de EL ASEGURADO.
- b) Fotocopia del documento de identidad de EL ASEGURADO.
- c) Declaración de la Prueba de Muerte completa por el Médico tratante cuando así corresponda.
- d) Reporte policivo, forense y/o protocolo de necropsia cuando así sea requerido por LA COMPAÑÍA.
- e) Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por LA COMPAÑÍA.
- f) Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el médico tratante.
- g) Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el (los) beneficiarios.
- h) Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el patrono o por el Representante del grupo o colectivo.
- i) Fotocopia de la Cédula de Identidad de cada uno de los beneficiarios.
- j) Informe de las autoridades competentes que intervinieron en el caso si el reclamo es a consecuencia de heridas por armas de fuego y/o armas blancas.
- k) En caso de accidente de tránsito anexar informe de las autoridades competentes.

En el caso de fallecimiento del Asegurado, LA COMPAÑÍA, se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o exhumación deberán efectuarse con la citación de los beneficiarios, quienes podrán asignar a un médico que los represente en dicho acto.

Todos los gastos que de dicha autopsia se motiven, serán a cuenta de LA COMPAÑÍA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios. El

2013-LRDS- COLECTIVO DE VIDA

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

incumplimiento de esta obligación de parte de los beneficiarios dará derecho a LA COMPAÑÍA, a suspender el pago de cualquier beneficio contemplado en la póliza y que surja como consecuencia de esa muerte.

Para las Cobertura de Incapacidad y/o Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente:

- a) Formulario de reclamación debidamente completado por EL ASEGURADO.
- b) Formulario de reclamación debidamente completado por el médico tratante.
- c) Informe amplio del médico tratante.
- d) Certificación del médico oficial de la Caja del Seguro Social y/o de la Comisión de Prestaciones de la Caja del Seguro Social.
- e) Original de exámenes, y radiografías.
- f) Fotocopia del documento de identidad de EL ASEGURADO y de sus beneficiarios.
- g) Reporte policivo y forense cuando así sea requerido por LA COMPAÑÍA.
- h) Someterse a pruebas y/o exámenes por parte de LA COMPAÑÍA.

En el caso de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, demostrar que el mismo sufre de dicha incapacidad y que la misma haya persistido un mínimo de 6 meses desde el momento del diagnóstico.

En el caso de las incapacidades, será obligación del Asegurado, remitir a LA COMPAÑÍA cada quince (15) días, las certificaciones médicas que informen sobre la evaluación de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.

Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos:

- a) Fotocopia del documento de identidad de EL ASEGURADO.
- b) Formulario de reclamo completo y firmado por EL ASEGURADO.
- c) Formulario de reclamo completado por el médico tratante.
- d) Presentar facturas y recibos originales de los gastos médicos y/o farmacéuticos, incurridos relacionados a la reclamación en la cual se muestren los diagnósticos y los causales de los mismos.
- e) Original de los exámenes practicados.
- f) Suministrar toda clase de información sobre los hechos relacionados con el acontecimiento y por las cuales puedan determinarse las consecuencias del mismo, así como también factura original donde se indique los días de hospitalización, recibo de cancelado por los gastos de hospitalización, gastos médicos, copia completa de la historia clínica.
- g) Presentar diagnóstico o informe del médico y/o médico especialista que debe contar con idoneidad en la República de Panamá.

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES GENERALES**

XIII. LIMITES DE RESPONSABILIDAD Y OPCIONES DE PAGO.

El límite de responsabilidad de LA COMPAÑIA en cada siniestro queda fijado por las sumas aseguradas indicadas en las condiciones particulares, sujeto a los límites deducibles por evento, coaseguro y máximo desembolso que se detallan en la misma, al momento del siniestro.

XVIII. PLAZO PARA EL PAGO DE RECLAMOS.

En cada caso de reclamo por siniestro cubierto bajo la póliza, LA COMPAÑIA indemnizará a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o al que reciba el producto del seguro, en un plazo no mayor a 30 días hábiles una vez se compruebe que está cubierto por la póliza, siempre que se entreguen los documentos requeridos para el trámite del reclamo, sujeto a lo estipulado en este contrato póliza y lo que establezca la ley sobre el particular.

LA COMPAÑIA tiene la facultad de solicitar información adicional razonable para el trámite de cualquier reclamo, antes de efectuar el pago para una cobertura dada.

XIX. CAMBIOS, MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

Las estipulaciones consignadas en esta póliza sólo se pueden modificar por acuerdo de LA COMPAÑIA y **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, que deberá constar por escrito mediante anexo aceptado o cláusulas adicionales. Toda clase de avisos, datos o documentos notificados e informaciones que se relacionen con el presente contrato no cambian ni modifican de alguna manera los términos o condiciones de esta póliza; deberán ser enviados directamente al domicilio de LA COMPAÑIA, y tampoco impedirán a esta última el ejercicio de cualquier derecho fundado en los términos y condiciones de esta Póliza.

Cualquier otra notificación o aviso que LA COMPAÑIA deba hacer a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en la póliza.

XX. AGRAVACION DEL RIESGO.

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, deberá comunicar a LA COMPAÑIA las agravaciones esenciales que tenga el riesgo y que se pudieran causar por un hecho suyo,

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

antes de que se produzca el hecho, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Se consideran agravaciones del riesgo, aquellas que provengan de las siguientes circunstancias:

a) fijación de la residencia fuera del país

b) cambio de ocupación

c) trabajo por compensación que involucre una ocupación de mayor riesgo

Si el Asegurado sufre una pérdida después de haber fijado su residencia fuera del país, o si sufre una pérdida después de un cambio de ocupación hacia una clasificada por LA COMPAÑIA como más peligrosa a la que tenía antes y por la cual se pagó la prima, o si el Asegurado sufre una pérdida mientras hacía un trabajo por compensación en una actividad más peligrosa, LA COMPAÑIA, sólo pagará la proporción de los beneficios amparados por esta póliza según lo que cubran las primas pagadas y dentro de los límites de la ocupación más peligrosa.

XXI. LEY APLICABLE.

Las partes, quienes suscriben este Contrato de Seguros, se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución del presente contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo someter sus controversias a Arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

XXII. MONEDA DE CURSO LEGAL.

Se conviene que todos los pagos que **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, deba hacer a **LA COMPAÑIA**, o los que ésta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en la moneda detallada en las condiciones particulares de la póliza.

XXIII. PRESCRIPCION DE DERECHOS.

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro, prescribirán en el plazo de un (1) año, de conformidad con lo dispuesto en el Código de Comercio de la República de Panamá.

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES GENERALES**

XXIV. TERMINACION DE LA POLIZA.

Esta póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Incumplimiento en el pago total o fraccionado a la emisión de la póliza, conllevando la nulidad absoluta del Contrato de Seguros.
- b) Cuando la vigencia de la Póliza venza y EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO no efectúe el pago para renovar la misma.
- c) Cuando venza el período de gracia y una vez cumplida cualquier formalidad establecida por la Ley para la terminación de Póliza de Seguros por mora en el pago de la prima convenida.
- d) El día, en que la posesión del bien objeto de este seguro sea transferida a un tercero, con la intención de traspasar la propiedad del mismo, o en el que se haya hecho el traspaso de la propiedad, lo que ocurra primero, salvo que este hecho le sea comunicado previamente a LA COMPAÑIA y ésta expida un Endoso o anexo a la póliza haciendo constar el cambio y su aceptación.
- e) Cuando LA COMPAÑIA reciba solicitud escrita del CONTRATANTE y/o ASEGURADO pidiendo la terminación del contrato. LA COMPAÑIA tendrá derecho a la prima a corto plazo hasta la fecha de cancelación.
- f) La no aceptación de un cambio de tarifa por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
- g) Cuando LA COMPAÑIA envíe rescisión del contrato en cualquier fecha. Esta rescisión tendrá efectividad jurídica si ha sido formulado por escrito y con un mes de anticipación. LA COMPAÑIA tendrá derecho a la prima a prorrata hasta la fecha de cancelación.
- h) Si LA COMPAÑIA comprueba que EL CONTRATANTE le ha omitido, declarando de manera inexacta y ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.
- i) El día en que LA COMPAÑIA, pague la SUMA ASEGURADA. En este evento el Contratante no tendrá derecho a devolución de prima.
- j) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, cancela anticipadamente la póliza y hay siniestros indemnizados o por indemnizar en dicha vigencia, LA COMPAÑIA estará obligada a devolver la prima no devengada, sólo si los siniestros por indemnizar son rechazados.
- k) La muerte del Contratante en caso de persona física; o bien, la disolución o liquidación en el caso de que el Contratante sea una persona jurídica. LA COMPAÑIA estará obligada a devolver la prima no devengada, siempre y cuando no existan reclamos pendientes por indemnizar.
- l) El día en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de la falta de veracidad con intención de cometer dolo por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en la presentación de información y/o documentación relacionada con el proceso de emisión, de renovación o de reclamación.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

m) En caso de que el objeto o riesgo asegurado desaparezca total y definitivamente, los efectos del Seguro quedarán extinguidos de pleno derecho, pero LA COMPAÑIA tendrá derecho a la prima a prorrata hasta la fecha que tenga conocimiento de tal desaparición.

n) Cualquier suma de dinero que con posterioridad a la fecha de cancelación, sea recibida por LA COMPAÑIA, únicamente dará derecho al reembolso de dicha suma de dinero.

XXV. GLOSARIO.

A los efectos del presente Contrato de Seguros se entiende por:

Accidente: Hecho fortuito derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO, que produzca una condición de urgencia en la residencia asegurada.

Accidente de Trabajo: todo suceso que produzca en el empleado una lesión funcional o corporal, permanente o temporal, inmediata o posterior, o la muerte, resultante de una acción que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo.

Asalto o atraco: acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, contra la voluntad de EL ASEGURADO, utilizando la violencia o la amenaza de causar graves daños inminentes a las personas.

Acción bélica u hostil: Aquellos enfrentamientos armados entre distintos grupos o facciones antagónicas, que pueden pertenecer al mismo país, en caso de guerras civiles, o a países diferentes.

Acto de Terrorismo: Es aquel mediante el cual, a través del uso de la fuerza o de la violencia física o psicológica o de la amenaza del uso de la misma, una o más personas, físicas o jurídicas, u organizaciones o asociaciones de hecho, actuando de manera individual o independiente u organizada o concertada, por sí o por encargo de otros, infunde(n) miedo y terror en una persona o grupo o categoría de personas, con determinados fines, o inspirados por determinados motivos o móviles, políticos, religiosos, ideológicos o de cualesquiera otra naturaleza, incluyendo, sin limitarlo a, la finalidad de influenciar en determinada forma la o las actuaciones de uno o más gobiernos de determinados países y/o la opinión o modo de pensar del o de los líderes de dicho o dichos

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

gobiernos, o de uno o más ciudadanos en particular o de determinada clase de ciudadanos de dicho o dichos países.

Acto Doloso o malintencionado: Acción voluntaria premeditada por una persona con el ánimo o conocimiento que dicha acción puede provocar daño, detrimento o perjuicio económico a bienes o personas.

Anexo o Endoso: Documento físico y/o magnético que se adiciona a la Póliza de Seguros para agregar, aclarar, eliminar o modificar, las condiciones generales y especiales.

Asegurado: Persona natural o jurídica que en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere.

Condiciones Particulares, Carátula o Certificado Póliza: Conjunto de condiciones aplicables de manera específica a cada póliza que resume los aspectos relativos al riesgo asegurado de forma que lo individualiza, tales como: datos básicos del CONTRATANTE, objeto asegurado, número de póliza, efecto y vencimiento del contrato, periodicidad del pago de la prima e importe de las mismas, riesgos cubiertos y situación de los mismos, modalidad de aseguramiento, montos asegurados, intermediario de Seguros, (si lo declaró), o condiciones que hubieren sido establecidas por LA COMPAÑIA como condición para otorgar la cobertura del seguro.

Contratante: Persona natural o jurídica que, como contraparte de LA COMPAÑIA contrata la póliza y es responsable de hacer el pago de la prima convenida y que tiene interés asegurable sobre el objeto asegurado.

Daño: Es el perjuicio personal, moral o material producido a consecuencia directa de un evento o acción.

Daños extemporáneos o preexistentes: Se refiere a los daños materiales que presenta el Asegurado con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado este contrato y que son certificados en la inspección realizada por LA COMPAÑIA.

Deducible: La suma total de dinero o porcentaje indicada en las condiciones particulares de la póliza y que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la póliza.

Exclusiones Específicas: Endoso adjunto a una póliza de seguro que elimina determinadas coberturas para ciertos riesgos específicos.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

Explosión: Acción súbita y violenta de la presión o depresión de un gas o de vapores o como consecuencia de la deflagración de materiales combustibles en estado pulverulento, que produce una onda expansiva destructora.

Grupo: Conjunto de personas que mantienen con **EL CONTRATANTE** una relación laboral, profesional gremial, sindical o de cualquier otro tipo, siempre y cuando no esté formado por parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, los cónyuges y cualquier otra persona que viva habitualmente con el grupo familiar o aquel conjunto de personas que se constituyan con el propósito de asegurarse.

Grupo Familiar: Se refiere a los padres, hijos con edades inferiores a veintitrés (23) años de edad y el cónyuge de **EL ASEGURADO** o la persona que conviva maritalmente con él o en unión de hecho.

Guerra: Lucha o confrontación armada entre dos o más países.

Guerra civil: cualquier enfrentamiento bélico cuyos participantes no son en su mayoría fuerzas militares regulares, sino que están formadas u organizadas por personas, generalmente de la población civil. Su característica más común es que el conflicto armado se desarrolla en un mismo país, enfrentándose entre sí personas de un mismo lugar (ciudad, pueblo o comunidad) defendiendo, generalmente, dos ideologías o intereses distintos.

Incapacidad Total y Permanente por accidente: se refiere a la pérdida anatómica o impotencia funcional total y permanente de miembros u órganos de la anatomía de EL ASEGURADO, de forma definitiva según criterio médico que inhabilite al Asegurado, para desarrollar cualquier actividad lucrativa o empleo remunerable.

Incapacidad Temporal por accidente: Lesiones corporales que sean la causa única y directa de que El Asegurado quede totalmente incapacitado en forma temporal que le impida desempeñar todos y cada uno de los deberes o funciones de su profesión u ocupación.

Indemnización: Es el monto que debe pagar **LA COMPAÑIA** en caso de que ocurra un siniestro amparado por la póliza.

Médico: Es toda persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, reconocido por la Ley del país donde se suministre el tratamiento y quien, al prestar sus servicios, está ejerciendo su profesión dentro de los límites correspondientes a su preparación y entrenamiento.

Muerte: Lesión corporal que dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, sea la causa única y directa de la muerte del Asegurado.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

Negligencia: descuido, falta de diligencia, omisión de la atención y cuidado debidos. Es sinónimo de imprudencia.

Pérdida de extremidades, audición o vista: Lesiones corporales, que dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, sean la causa única y directa de pérdidas que afecten al Asegurado, calculadas de acuerdo a la tabla de porcentajes de indemnización sobre la suma asegurada bajo este beneficio.

Periodo de Gracia: Periodo de 30 días calendario durante el cual la póliza se mantiene vigente a partir de la fecha en la cual se cancela la póliza por falta de pago.

Póliza: La constituye, las presentes condiciones generales, la solicitud del CONTRATANTE, las Condiciones Particulares de la póliza, los cuestionarios anexos a ésta, los endosos que se agreguen y cualquier declaración del CONTRATANTE relativa al riesgo. En cualquier parte de este contrato donde se use la expresión “esta póliza” se entenderá que constituye la documentación ya mencionada.

Prescripción: Pérdida de valor, vigencia o eficacia de algún derecho, acción o facultad, debida fundamentalmente a haber transcurrido y vencido el plazo durante el cual pudo haberse ejercitado.

Prima: Es la única contraprestación pagadera en dinero por **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** a **LA COMPAÑÍA**, calculada en función de los riesgos amparados y sus condiciones específicas. La prima expresada en la póliza incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, así como cualquier otro concepto relacionado con el seguro, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**.

La Prima debe ser pagada en la forma y oportunidad establecida en la presente Póliza.

Prima a Prorrata: Proporción que se establece para obtener la prima de un contrato de seguro en base a los días de duración del mismo.

Reembolso: se refiere al reintegro por parte de LA COMPAÑÍA de los gastos cancelados directamente por el Asegurado, y que estuvieron amparados bajo la cobertura de esta póliza.

Riesgo: Es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, y cuya materialización da origen a la obligación de LA COMPAÑÍA. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles no constituyen riesgo y no son

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

asegurables, así como la incertidumbre subjetiva respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no.

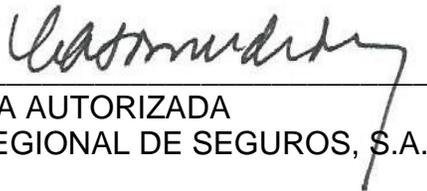
Siniestro: Acontecimiento futuro, inesperado, y externo a la voluntad del Contratante producto del cual sufre daños el bien asegurado.

El conjunto de pérdidas o daños derivados de un mismo acontecimiento constituyen un único siniestro.

Solicitud de seguro: Es el documento mediante el cual **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, señalan los datos particulares de la Póliza, a saber: identificación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de su representante, su domicilio principal, dirección de cobro y domicilio, teléfono(s), datos del intermediario de seguros, características del bien asegurado, Coberturas, Suma Asegurada, deducible, y demás datos referentes al riesgo.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** y está indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este límite puede ser reducido a un porcentaje del mismo o a un monto inferior para determinados bienes o coberturas, lo que significa la aplicación de un sub-límite. Dicho sub-límite o la forma de calcularlo estará claramente indicado en las condiciones particulares de la presente póliza.

En fe de lo cual LA COMPAÑÍA., por medio de sus representantes debidamente autorizados, firma la presente, en la ciudad y fecha indicada en las condiciones particulares.



FIRMA AUTORIZADA
LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución Nº DRL-58 de 14 de octubre de 2013.