



PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Las Compañías Aseguradoras, descritas en el anexo de Coaseguro Adjunto, organizadas de conformidad con las leyes de la República de Panamá, (de aquí en adelante llamadas “la Compañía”), asumen los riesgos del Asegurado nombrado en las Condiciones Particulares que forman parte de esta póliza; en consideración al pago de la prima y a condición de la veracidad de las declaraciones suministradas por el Asegurado y sujeto a los límites de Responsabilidad, Exclusiones, Condiciones y demás estipulaciones de esta póliza.

CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1 RIESGO CUBIERTO

La Compañía se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza y hasta la suma asegurada que aparece en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares, en el caso de que la persona designada en las mismas como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa original de su muerte o invalidez permanente, total y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente cada lesión corporal que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por El Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión, electrocución u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las picaduras o mordeduras de reptiles o insectos venenosos; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 3; inc. b); el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articuladas y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas (excepto lumbagias, várices y hernias) causados por esfuerzo repentino y evidente al diagnóstico.

Cláusula 2

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes en los términos y alcance establecidos en la Cláusula anterior que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares o acuáticos, propios o ajenos conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular, inclusive durante su permanencia en el extranjero.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos o deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, básquetbol, bolos, caza menor, ciclismo, deporte náutico o vela y/o motor por ríos y lagos, y/o marítimos que no estén más lejos de 15 millas de la costa, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, natación, patinaje, pesca, remo, tenis, tiro (en polígonos habitados), vollelyball y water-polo.

Cláusula 3 RIESGOS NO ASEGURADOS

- a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originales por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 1.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos “x” y similares y de cualquier elemento radiactivo u originados en acciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 1; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos: salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 1 ó del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- a) Los accidentes que El Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente con culpa grave o El Asegurado los sufra en empresa criminal.
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 1; o por estado de ebriedad o por estar El Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes que ocurran mientras El Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- g) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional o por motín o tumulto popular.
- h) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico; por hechos de guerrilla o rebelión; y cuando participe activamente en actos de terrorismo y huelgas.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta Cláusula se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

Cláusula 4 AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo, causados por un hecho suyo, antes de que se produzcan, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.

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

- Modificación del estado físico o mental del Asegurado;
- Modificación de su profesión o actividad;
- Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de siete días, deberá notificar su condición de rescindir.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, La Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, La Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma Asegurada se reducirá en proporción de la prima pagada.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho a la Compañía:

- Si la agravación del riesgo le fue comunicado oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año.

Cláusula 5 RETINENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por El Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicios de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si La Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo anterior, La Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, La Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, La Compañía no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado.

Cláusula 6 MUERTE

Si el accidente causare la muerte, La Compañía abonará a suma asegurada para este caso. Sin embargo, La Compañía reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por ésta u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

Cláusula 7 INVALIDEZ PERMANENTE

Si el accidente causare una invalidez permanente, La Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, según se indica a continuación:

TOTAL %

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

PARCIAL %

a) Cabeza
Sordera total e incurable de los dos oídos 50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal..... 40
Sordera total de incurable de un oído 15
Ablación de la mandíbula inferior 50

b) Miembros superiores DER IZQ
Pérdida total de un brazo 65 52
Pérdida total de una mano..... 60 48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)..... 45 36
Anquilosis del hombro en posición no funcional 30 24
Anquilosis del hombro en posición funcional 25 20
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 del anular o meñique 8 6

c) Miembros inferiores
Pérdida total de una pierna..... 55
Pérdida total de un pie 40

Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).....	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).....	30
Fractura no consolidada de una rótula.....	30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).....	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.....	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.....	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.....	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.....	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.....	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros.....	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros.....	8
Pérdida total del dedo gordo de un pie.....	8
Pérdida total de otro dedo de un pie.....	4

Definición de la Incapacidad Permanente:

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

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 seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

Pérdida de falanges

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando 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.

Lesiones no Previstas

Por pérdida de varios miembros u órganos se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro y órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada por incapacidad permanente.

Lesiones no Previstas

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

En todos los casos se entiende por pérdida la inhabilitación funcional total o definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no puede desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas especificadas en la Tabla de indemnizaciones como resultado de lesiones causadas por el mismo accidente, la Compañía pagará únicamente por aquella pérdida por la cual se paga la suma mayor. En ningún caso se pagará una suma mayor a la Suma Asegurada del

Contrato por todas las pérdidas sufridas como resultado de lesiones causadas por un mismo accidente.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.

Cláusula 8 ASISTENCIA MÉDICA

Este seguro cubre hasta la suma prevista en las Condiciones Particulares, el reembolso de los gastos de Asistencia Médica-farmacéutica en que haya incurrido razonablemente El Asegurado prescrita por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la Póliza. La Compañía no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose El Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece, calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Cláusula 9 PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán a La Compañía el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo la pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Desde el momento de hacerse aparente las lesiones, el accidente deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a La Compañía, un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por El Asegurado, sus consecuencias conocidas o presumidas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá a La Compañía cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos de La Compañía cada vez que ésta lo solicite.

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones de La Compañía al respecto, en cuanto sean razonables.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar a La Compañía, a su pedido la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle a La Compañía las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial El Asegurado o los beneficiarios deberán presentar:

- a) En caso de muerte, la documentación pertinente y la documentación del derecho de los reclamantes;
- b) En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva;

Cláusula 10

En 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 la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de La Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Cláusula 11 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de que se designen varias personas como beneficiarios en las Condiciones Generales sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficiario es por partes iguales.

Cuando se designe los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley sucedan al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos, Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

Cláusula 12 CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que ésta sea debidamente notificada. Cuando la designación sea a título oneroso, y La Compañía conozca, La Compañía queda liberada, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificará esa designación.

Cláusula 13 VALUACIÓN POR PERITOS

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 hubiera acuerdo en relación con este nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente de la Asociación Médica de la República de Panamá.

Los peritos deberá practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la tabla de indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas satisfará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de los del tercero.

Cláusula 14 CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA COMPAÑÍA

El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren la Cláusula 10 y 11 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Cuando La Compañía hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente. El Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación según la invalidez resultante en momento.

En caso de viaje aéreo del Asegurado, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior de dos meses, La Compañía hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, La Compañía tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero El Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la suma de las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Cláusula 15 CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS.

El incumplimiento de las obligaciones y cargos impuestos al Asegurado por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia.

Cláusula 16 RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente su decisión.

Si la Compañía ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante la vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

Cláusula 17 PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos de procedimiento por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Cláusula 18 PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, El Asegurado o sus beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra la Compañía ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Cláusula 19 PRESTACIONES MÉDICAS

En fe lo cual se firma este documento en la Ciudad de Panamá, República de Panamá

POR LAS COMPAÑÍAS COASEGURADORAS



Representante Autorizado

GRATUITAS

Bajo ninguna circunstancia dará esta póliza derecho a recibir indemnización en efectos como reembolso de gastos médicos por tratamiento o atención médica prestada gratuitamente por un Hospital o Clínica de la Caja de Seguro Social de Panamá.

Cláusula 20 Devolución de Prima por Buena Experiencia

Se otorgará devolución por buena experiencia de acuerdo a lo establecido en la Resolución del Consejo Técnico número 06 del 27 de diciembre de 1991.