



Póliza de Seguro de Vida – Plan Término Nivelado – ASSA Term Plus

Mediante esta Póliza y en consideración del pago, o de la garantía de pago, de la Prima estipulada dentro del período convenido y fundándose en la veracidad y exactitud de las Declaraciones del Asegurado, o de quien por él contrate este seguro, cuales declaraciones forman parte integrante de esta Póliza junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador - ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “la Compañía”) conviene con el Contratante nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” y/o “el Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en la Póliza o adheridos a ella mediante Endoso con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) del(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía. El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones. En la medida que la figura de Contratante y Asegurado no concurren en la misma persona, será obligación del Contratante cumplir, o hacer que el Asegurado cumpla, con las obligaciones que la ley y/o el presente Contrato de Seguro atribuya al Asegurado.

INDICE

INDICE	1
CONDICIONES GENERALES.....	2
I. DEFINICIONES	2
II. ESTIPULACIONES GENERALES.....	4
1. EL CONTRATO Y CLÁUSULAS	4
2. PRIMAS.....	4
3. COBERTURA DE LA POLIZA BÁSICA.....	4
4. CONTRATOS SUPLEMENTARIOS O COMPLEMENTARIOS	4
5. PROPIEDAD Y DERECHO BAJO ESTA PÓLIZA.....	5
6. CAMBIO DE BENEFICIARIO	5
7. BENEFICIARIOS	5
8. MODIFICACIONES.....	5
9. COLABORACIÓN DEL BENEFICIARIO	6
10. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.....	6
11. DISPUTABILIDAD	6
12. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO	6
13. SUICIDIO.....	7
14. DECLARACION ERRÓNEA DE EDAD	7
15. PAGO DE BENEFICIOS.....	7
16. PERIODO DE GRACIA	7
17. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA	7
18. REHABILITACIÓN	8
19. CAMBIOS.....	8
20. FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA.....	9
21. FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.....	9
22. DISMINUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA	9
23. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.....	9
24. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN	9
25. NOTIFICACIONES	10
26. ACCESO A LA INFORMACIÓN	10
27. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR EXPEDIENTE CLÍNICO	10
28. AUTORIZACION DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO.....	11
29. CLÁUSULA DE LIMITACIÓN POR SANCIONES.....	11
30. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	11
31. CORREDOR DE SEGUROS – EFECTOS Y RESPONSABILIDADES	11
32. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	12
33. LEGISLACIÓN APLICABLE	12

CONDICIONES GENERALES

I. DEFINICIONES

1. ASEGURADO

Persona natural cuya vida se asegura en virtud de las condiciones de la póliza y que aparece nombrado como tal en las Condiciones Particulares.

2. AÑOS DE LA PÓLIZA

Los años de la póliza, meses y aniversarios serán determinados a partir de la fecha efectiva de la póliza, la cual aparece en las Condiciones Particulares.

3. BENEFICIARIO

Persona natural o jurídica designada por el Contratante a quien la Compañía hará el pago de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma. Las clasificaciones permitidas serán Beneficiario Principal, Beneficiario Contingente y Beneficiario Oneroso; podrá haber uno o más beneficiarios en cada clasificación.

4. BENEFICIARIO PRINCIPAL

Persona natural o jurídica designada por el Contratante a quien la Compañía hará el pago de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma. En caso de existir Beneficiario Oneroso, el Beneficiario Principal recibirá únicamente el remanente del beneficio de la póliza, una vez satisfecho el interés del Beneficiario Oneroso.

5. BENEFICIARIO CONTINGENTE

Persona natural o jurídica designada por el Contratante a quien la Compañía hará el pago de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, si el Beneficiario Principal ha muerto antes que el Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la póliza. En caso de existir un Beneficiario Oneroso, el Beneficiario Contingente recibirá únicamente el remanente del Beneficio de Muerte de la póliza una vez satisfecho el interés del Beneficiario Oneroso.

6. BENEFICIARIO ONEROSO

A solicitud expresa del Contratante, la Compañía incorporará de forma irrevocable al Contrato de Seguro como Beneficiario Oneroso, en virtud de acreencia, contrato de préstamo, arrendamiento financiero, fideicomiso de garantía u otra relación de crédito, a la persona natural o jurídica que el Contratante determine.

En caso de fallecimiento del Asegurado el pago o indemnización que de otra forma hubiese recibido el Beneficiario Principal o Contingente de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza y la legislación aplicable será pagado al Beneficiario Oneroso indicado en las Condiciones Particulares hasta el monto demostrado de su interés asegurable en virtud de acreencia, contrato de préstamo, arrendamiento financiero, fideicomiso de garantía u otra relación de crédito.

La Compañía sólo pagará de forma directa al Beneficiario Principal o Contingente luego de satisfacer el monto adeudado al Beneficiario Oneroso. Una vez incorporado algún Beneficiario Oneroso el Contratante no podrá solicitar a la Compañía modificaciones a los términos y condiciones del Contrato de Seguro en detrimento de los términos y condiciones vigentes al momento de la incorporación del Beneficiario Oneroso, salvo que el Beneficiario Oneroso lo autorice formalmente a la Compañía.

La Compañía no cancelará unilateralmente esta Póliza sino después de notificárselo por escrito al Beneficiario Oneroso con quince (15) días hábiles de anticipación, a menos que el Beneficiario Oneroso lo autorice previamente por escrito, o que la Compañía reciba la Póliza original para su cancelación.

7. CONDICIÓN PREEXISTENTE

Es aquella Enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un Médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

8. CONDUCTO DE PAGO / MÉTODO DE PAGO

Los pagos se deben realizar en la Dirección de la Compañía; sin embargo, el Contratante, por su cuenta y riesgo, podrá optar, para su facilidad, realizar el(los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria, pago al Corredor de Seguros, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Contratante expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía, según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o forma seleccionado por el Contratante no le exime de su responsabilidad de que el(los) pago(s) llegue(n) a la Dirección de la Compañía.

9. CONTRATANTE O DUEÑO DE LA PÓLIZA

Es la persona natural o jurídica con la cual la Compañía realiza el proceso de comercialización que culmina en la celebración de un Contrato de Seguro. Puede actuar como Contratante la persona natural cuya vida se asegura, así como la persona natural o jurídica que tenga interés en la vida que se asegura. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Es la persona natural o jurídica que tiene la responsabilidad contractual de cumplir con el pago de la Prima aun cuando la haya delegado administrativamente en otra persona.

10. DÍA DE COBRO

Día en el que el Asegurado debe realizar el pago de la Prima en la Dirección de la Compañía de Seguros según la frecuencia y monto establecidos en las Condiciones Particulares.

11. DIRECCIÓN

Se refiere a la dirección de la Compañía, Contratante, Asegurado e Intermediario de Seguros establecida en las Condiciones Particulares que será utilizada para el envío de las notificaciones que por cualquier concepto deban hacerse las partes. Se incluye dentro del término Dirección, el domicilio físico empresarial o residencial, el apartado postal, y/o a la dirección de correo electrónico que aparezca en las Condiciones Particulares.

12. EDAD

“Edad” es la cumplida por el Asegurado en la fecha de cumpleaños inmediatamente anterior a la fecha de emisión de la póliza.

13. EXPEDIENTE CLÍNICO

Conjunto de documentos de valor médico legal, que contiene los datos, valoración, historial clínico e información de cualquier índole sobre la evolución clínica de un paciente, así como documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en el mismo, procurando la máxima integración posible de la documentación.

14. FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA

Fecha estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza a partir de la cual ambas partes, el Asegurado y la Compañía acuerdan terminar sus derechos y obligaciones respectivamente.

15. FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA

Fecha estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza a partir de la cual ambas partes, el Asegurado y la Compañía hacen valer sus derechos, beneficios y obligaciones respectivamente.

16. FORMA DE PAGO / FRECUENCIA DE PAGO / PERIODICIDAD DE PAGO / PLAZO DE PAGO

Frecuencia con el que el Contratante se obliga a realizar los pagos de la prima en la Dirección de la Compañía, según se muestra en las Condiciones Particulares.

17. HORA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Queda convenido que a las 12:00 meridiano hora local de la ciudad de Panamá, República de Panamá, será considerada la hora efectiva con respecto a cualquier fecha referida en la póliza.

18. LESIÓN CORPORAL

Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de

noventa (90) días calendario posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida. Por aclaración se considera que la muerte es la máxima lesión.

19. PERIODO DE GRACIA

Es el plazo no mayor de treinta (30) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento, con excepción de la primera.

20. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad adicionales a las declaraciones del Asegurado y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura.

21. RESPONSABLE DE PAGO

Lo es el Contratante o la persona natural o jurídica en la cual el Contratante ha delegado de forma contractual o administrativa la función de pagar las primas, sin que esto constituya un cambio en la obligación contractual que tiene el Contratante de pagar las primas a la Compañía en la Dirección de ésta. **El pago de la Prima por parte de una persona distinta al Contratante está sujeto a la autorización de la Compañía; por tanto, la Compañía, en cualquier momento podrá rechazar que el pago de la Prima sea efectuado por una persona distinta al Contratante.**

22. SUMA ASEGURADA

Es el monto especificado como beneficio de muerte, elegido por el Asegurado y estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

II. ESTIPULACIONES GENERALES

1. EL CONTRATO Y CLÁUSULAS

Esta póliza, las declaraciones del Asegurado, la solicitud correspondiente (copia de la cual se adjunta a la misma) los endosos (si los hubiere) y cualesquiera Contratos Complementarios o Suplementarios que hayan sido solicitados y adheridos como parte de ella, constituyen el Contrato completo.

2. PRIMAS

La prima está basada en la edad cumplida del Asegurado a la Fecha Efectiva de la Póliza. La prima a cobrar, según la Forma de Pago y Conducto de Pago acordado en las Condiciones Particulares de esta póliza, será nivelada y garantizada hasta la Fecha de Vencimiento de la Póliza básica y es igual para todos los asegurados de la misma edad de emisión, sexo y clasificación de riesgo.

Todas las primas son pagaderas por adelantado, según la Forma de Pago y Conducto de Pago estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza, contra entrega de recibo firmado por un representante autorizado por la Compañía. La Forma de Pago convenida según se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza corresponde al período efectivo de la cobertura. Los subsiguientes pagos de las primas prorrogarán automáticamente el presente contrato por períodos de tiempo iguales al cubierto por la prima pagada en esta póliza.

3. COBERTURA DE LA POLIZA BÁSICA

La Compañía le pagará al Beneficiario, al fallecimiento del Asegurado, la Suma Asegurada de esta póliza de conformidad con las cláusulas y condiciones de la misma, menos cualquiera suma que se adeude a la Compañía. Serán requisitos previos la entrega de la misma y el recibo de pruebas fehacientes tanto del hecho como de la causa del fallecimiento del Asegurado.

4. CONTRATOS SUPLEMENTARIOS O COMPLEMENTARIOS

El Asegurado podrá adicionar a su Póliza Básica, cualesquiera Contratos Suplementarios o Complementarios siempre y cuando éstos se nombren en las Condiciones Particulares de esta póliza. Las primas adicionales para dichos Contratos son pagaderas en la misma fecha de

las primas de la Póliza Básica. Dichos pagos continuarán hasta la terminación de tales Contratos Suplementarios o Complementarios de acuerdo a las cláusulas y condiciones de los mismos.

Ningún Contrato que se le adicione o adhiera a esta póliza subsistirá luego de que la misma se dé por terminada, sin perjuicio de los derechos que subsistan entre las partes por motivo de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

5. PROPIEDAD Y DERECHO BAJO ESTA PÓLIZA

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

Cuando el Asegurado sea menor de edad, el control de esta póliza será mantenido primero por el Contratante o Dueño de la Póliza, luego por el Beneficiario, después por sus herederos legales, si los hubiere. Luego de haber alcanzado la mayoría de edad, el Asegurado es el Dueño de esta póliza y todos los derechos pertenecen entonces al Asegurado, salvo en el caso que se establezca expresamente lo contrario.

6. CAMBIO DE BENEFICIARIO

A menos que en la póliza se convenga otra cosa, el Beneficiario podrá ser cambiado, reservándose o no el Contratante o Dueño de la Póliza 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 o por medio de plataformas digitales dispuestas por la Compañía, y a cualquier pago u otro requisito exigido por ésta. El cambio de Beneficiario será efectivo en la fecha de aprobación de dicho cambio por la Compañía. **La Compañía no será responsable de ninguna acción tomada antes de recibir y aprobar las instrucciones en sus oficinas.**

7. BENEFICIARIOS

El Contratante designará el Beneficiario o Beneficiarios y su clasificación correspondiente. El Contratante puede hacer la designación del Beneficiario e indicar que éste no puede ser cambiado. De no haber hecho esta indicación, El Contratante lo podrá cambiar en cualquier momento de conformidad con lo establecido en la Cláusula "CAMBIO DE BENEFICIARIO".

Si el beneficio de la Póliza ha sido otorgado a un Beneficiario Oneroso, la Compañía considerará esta instrucción en primera instancia y de existir alguna suma sobrante luego de cumplida la obligación contraída para con cualquier Beneficiario Oneroso, entregará dicha suma a los Beneficiarios que tengan derecho a recibirla conforme a la designación en vigor al fallecimiento del Asegurado.

Salvo que se indique lo contrario, y sin menoscabo de la prelación a favor del Beneficiario Oneroso establecida en esta póliza, el beneficio de la misma se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan al Asegurado, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado.

Si no hubiera ningún beneficiario con vida al fallecimiento del Asegurado, a menos que se indique lo contrario, el pago se hará a los herederos legales del Asegurado.

La Compañía se reserva el derecho a consignar en los tribunales competentes las sumas que deba pagar en virtud de la póliza de seguro, en caso que existan dudas sobre la persona o personas a las que debe hacerse el pago a la muerte del Asegurado.

8. MODIFICACIONES

Ninguna alteración o cambio en esta póliza, ni renuncia a cualquiera de sus condiciones será válida, a menos que sea solicitado por el Contratante por escrito o a través de las plataformas digitales de la Compañía y aceptado por la Compañía por escrito y firmado por un representante debidamente autorizado, sustentado técnicamente a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. **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 cualquier persona natural o jurídica o funcionario que no sea el representante autorizado de la Compañía y en la forma prescrita.**

El Contratante no podrá solicitar a la Compañía modificaciones a los términos y condiciones del Contrato de Seguro de Vida en detrimento de los términos y condiciones vigentes al momento de la incorporación del Beneficiario Oneroso, salvo que el Beneficiario Oneroso lo autorice formalmente a la Compañía.

9. COLABORACIÓN DEL BENEFICIARIO

El Beneficiario (Principal, Contingente, Oneroso) prestará toda la ayuda que esté a su alcance para facilitar la investigación y el ajuste de cualquier reclamación, obligándose a presentar para su examen toda la información que sea requerida para demostrar el fallecimiento del Asegurado y las causas del mismo. La Compañía podrá requerir al Beneficiario que colabore en todas las investigaciones y procesos, a través de cualquier documento, información o declaración que sean reconocidos en derecho como válidos.

10. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Este contrato será nulo y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando, con fundamento en las pruebas analizadas, determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato. 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 lo pagado por primas, más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios.

11. DISPUTABILIDAD

El Contrato de Seguro será disputable durante los dos (2) primeros años contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza, por inexactitud en las declaraciones de los datos necesarios para la apreciación del riesgo, quedando la Compañía liberada de sus obligaciones contractuales. La apreciación del riesgo dependerá de la información relacionada con el peso, edad, estatura, estado de salud, historial médico, Expediente Clínico, enfermedades preexistentes, ocupación, estilo de vida, información financiera del Asegurado y cualquier otro aspecto relacionado con la expectativa de vida del Asegurado. No obstante, cuando haya mediado ocultamiento, fraude o declaraciones falsas relacionadas con la apreciación del riesgo no aplicará lo dispuesto en esta Cláusula, y este Contrato de Seguro se considerará nulo de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula "NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO".

En el evento de que a la Póliza se le realice rehabilitación, aumento de Suma Asegurada o adición de Contrato Suplementario o Complementario, será igualmente aplicable todo lo dispuesto en esta cláusula. En estos casos el periodo de disputabilidad de dos (2) primeros años, se computarán:

- a) A partir de la fecha efectiva de cada rehabilitación de esta póliza,
- b) A partir de la fecha efectiva de cada Contrato Suplementario o Complementario que se adhiera a esta póliza,
- c) A partir de la fecha efectiva de cada aumento de Suma Asegurada.

12. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

- a) Pagar la Prima en la Dirección de la Compañía de acuerdo a la Forma de Pago o calendario de pago detallado en las Condiciones Particulares.
- b) Presentar declaraciones exactas y verdaderas con relación a los hechos o circunstancias conocidas como tales por el Contratante y/o el Asegurado que de algún modo hubieren podido influir en la existencia o condiciones de la Póliza. Lo anterior incluye no ocultar hechos o circunstancias que de algún modo hubieren podido influir en la existencia o condiciones de la Póliza y/o sus rehabilitaciones. La existencia de un seguro de vida, entre otras cosas, depende de forma directa de las declaraciones relativas a la ocupación mediante la cual una persona genera ingresos (evaluándose el monto, la recurrencia, fuente y formalidad de dichos ingresos), el estado de salud, edad, estilo de vida, residencia, la existencia de otros seguros de vida, y la declinación previa de seguros de vida por parte de la Compañía o de otras aseguradoras. Todos estos elementos son básicos y esenciales para que la Compañía determine su aceptación del riesgo y la existencia del Contrato de Seguro.

Cuando el Contratante y/o Asegurado incumpla(n) alguna de las obligaciones aquí listadas, y/o cualquier otra obligación dimanante de la Póliza o la legislación vigente, la Compañía quedará facultada para rescindir unilateralmente el contrato, modificar sus condiciones, suspender su ejecución, revocar o limitar cualquier derecho del Contratante y/o Asegurado derivado del contrato.

13. 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, la Compañía no tendrá responsabilidad alguna para con los Beneficiarios y se cancelará la Póliza sin mediar indemnización alguna.

14. DECLARACION ERRÓNEA DE 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. Si la declaración de edad o fecha de nacimiento fuese superior a doce (12) meses entonces no será considerado un error, sino que se dará tratamiento de falsedad en las declaraciones del Asegurado.

15. PAGO DE BENEFICIOS

Cualquier cantidad pagadera bajo esta póliza será hecha efectiva por la Compañía al fallecimiento del Asegurado. Las sumas procedentes serán pagaderas en un solo monto. La Compañía realizará el pago de beneficios en un periodo no mayor de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha en que reciba todas las pruebas que, a su satisfacción, acrediten en forma fehaciente la existencia del derecho a recibirlo.

16. PERIODO DE GRACIA

Se concede un periodo de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de cualquiera prima que no sea la inicial. Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor.

Si la muerte del Asegurado ocurriera dentro del periodo de gracia, cualquiera prima vencida y no pagada será deducida de la liquidación de ésta póliza.

17. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA

Sobre el pago de las Primas se hace constar que el Contratante y la Compañía han acordado que el pago de la Prima, el primer pago fraccionado, y/o los pagos fraccionados subsiguientes serán pagados en el Día de cobro, Forma de Pago, y en los montos indicados en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas en la Dirección de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto a la Dirección de la Compañía, mediante descuento directo a "TCR" (Tarjeta de Crédito), "ACH" (Automated Clearing House), o cualquier Conducto de Pago indicado en las Condiciones Particulares, y/o a una persona distinta (Responsable de Pago o Corredor de Seguros), no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en la Dirección de la Compañía.

Cualquiera que sea la Forma de Pago, el Contratante deberá cumplir con el pago de la Prima o el primer pago fraccionado a la emisión de la Póliza. El incumplimiento del Contratante de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la Póliza nunca entró en vigor.

Cuando el Contratante haya efectuado el pago de la Prima o el primer pago fraccionado y se atrase por más del término del Período de Gracia en cualquiera de los pagos subsiguientes, conforme a la Forma de Pago establecida en las Condiciones Particulares, se entenderá que el Contratante ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la Cobertura de la Póliza, hasta por sesenta (60) días calendario. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la Prima e impuestos dejados de pagar durante dicho periodo; o hasta que la Póliza sea

cancelada. El aviso de cancelación de la Póliza por incumplimiento de pago de la Prima deberá enviarse por escrito a la última Dirección física, postal o electrónica, con una anticipación de quince (15) días hábiles, al Contratante a la última Dirección de éste indicada en las Condiciones Particulares. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al Intermediario de Seguros o Corredor de Seguros y al Beneficiario Oneroso o Acreedor nombrado en la Póliza. Si el aviso de cancelación no es enviado, el Contrato de Seguro se mantendrá vigente de conformidad con lo establecido en la legislación aplicable. Por tratarse de un seguro de vida individual, la Compañía no podrá cancelar el Contrato de Seguros hasta el vencimiento del período de suspensión de sesenta (60) días.

Para efectos del pago de la Prima; ya sea el pago de la Prima, el primer pago fraccionado, o cualquiera de los pagos subsiguientes, cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado algún Conducto de Pago que garantice el cobro de la Prima por parte de la Compañía, tales como "TCR" (Tarjeta de Crédito) o "ACH" (Automated Clearing House), la Compañía considerará que el Contratante ha cumplido con la obligación del pago de la Prima, el primer pago fraccionado o cualquiera de los pagos subsiguientes. **Sin embargo, cuando por cualquier causa la Compañía no pueda realizar los cargos automáticos correspondientes durante un período superior al Período de Gracia procederá la suspensión de cobertura según se indica en el párrafo anterior.**

El cálculo del Período de Gracia o la suspensión de cobertura no podrá efectuarse en perjuicio del Asegurado cuando exista saldo de prima pagada no devengada.

Cuando el Contrato de Seguros se haya celebrado con la intermediación de un Agente de Seguros o una Empresa de Canal Alternativo de Comercialización, y así lo indiquen las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Seguro correspondiente, la Compañía tendrá la obligación de considerar los pagos realizados a éstas en su Dirección como pagados a la Compañía en su Dirección.

18. REHABILITACIÓN

En caso de cancelación de la póliza por falta de pago, el Contratante puede solicitar la rehabilitación de la misma en cualquier momento dentro de los doce (12) meses después de la fecha efectiva de cancelación, de acuerdo con los siguientes requisitos:

- a) El Asegurado deberá presentar pruebas de asegurabilidad de acuerdo con los requisitos de la Compañía en vigor al momento de la solicitud de rehabilitación.
- b) Toda rehabilitación debe ocurrir antes de la Fecha de Vencimiento de esta póliza.
- c) El Asegurado deberá hacer efectivo el pago de las primas atrasadas y una prima suficiente para mantener esta póliza en vigor por un mínimo de dos (2) meses.

La rehabilitación será efectiva a partir del aniversario mensual que sigue a la fecha de la aprobación de la rehabilitación.

Una póliza rehabilitada será disputable de acuerdo a la Cláusula "DISPUTABILIDAD".

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha solicitud de rehabilitación.

19. CAMBIOS

Todo cambio de residencia, ocupación, estilo de vida, por parte del Asegurado, debe ser notificado a la Compañía dentro de los veinticuatro (24) meses contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza o de su rehabilitación. La Compañía tendrá la facultad de modificar la tarifa en caso que el cambio implique un riesgo distinto al suscrito por la Compañía al momento de la emisión de la Póliza. Quedará constancia de los términos a través de un endoso debidamente firmado por la Compañía.

20. FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA

La fecha efectiva de la cobertura bajo esta póliza será como sigue:

- a) Para toda la cobertura provista por esta póliza al emitirse, la fecha efectiva será la expresada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) Para toda cobertura adicional, la fecha efectiva será la del día aniversario mensual que coincida con o que le siga a la fecha en que la solicitud adicional fuera aprobada por la Compañía.
- c) Para cualquier seguro que se haya rehabilitado, la fecha efectiva será aquella del día aniversario mensual que coincida con o que le siga a la fecha en que la rehabilitación haya sido aprobada por la Compañía.

21. FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA

La fecha de vencimiento de esta póliza es la expresada en las Condiciones Particulares.

Las coberturas adicionales otorgadas por medio de los Contratos Complementarios o Suplementarios podrán expirar prematuramente de acuerdo a lo estipulado en las condiciones de cada contrato.

22. DISMINUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

En cualquier momento después del primer año cumplido de la póliza, la Suma Asegurada existente podrá ser disminuida por medio de una solicitud escrita del Contratante acompañada de la documentación necesaria para el cambio de la Suma Asegurada o a través de las plataformas digitales de la Compañía. Cualquier disminución se hará efectiva en la fecha aniversario mensual que coincida o que le siga al recibo de la solicitud escrita del Contratante. La Suma Asegurada en vigor en todo momento bajo esta póliza deberá ser por lo menos el mínimo permitido por la Compañía.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha solicitud de disminución de la Suma Asegurada.

23. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Esta póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Al recibo de la solicitud escrita del Contratante pidiendo la terminación de la póliza.
- b) Cuando el Asegurado fallezca.
- c) En la Fecha de Vencimiento de Póliza.
- d) Cuando venza el periodo de suspensión otorgado por la ley.
- e) Cuando aplique la Cláusula "DISPUTABILIDAD" o "NULIDAD DEL CONTRATO".
- f) Cuando el Asegurado o Contratante incumpla cualquiera de sus obligaciones contractuales o con el incumplimiento de sus obligaciones detalladas en la Cláusula "OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO".

24. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Estando esta póliza en vigor y no encontrándose prima alguna pendiente de pago, el Asegurado tendrá el privilegio de entregar a la Compañía la presente póliza para cambiarla a una póliza de Seguro de Vida Universal (Ordinario de Vida o Vida Permanente) que requiera el pago de la prima de por lo menos cinco (5) años después del cambio, emitida a la misma clasificación de riesgo, por una Suma Asegurada igual o menor que la Suma Asegurada bajo esta póliza, pero no inferior al mínimo emitido en esa fecha por la Compañía bajo el plan elegido por el Asegurado.

La Compañía efectuará la conversión de la póliza dentro del período correspondiente sin necesidad de pruebas de asegurabilidad; en cualquier tiempo, desde la fecha de emisión hasta dos (2) años antes de su vencimiento o antes de que el asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, lo que ocurra primero.

Cualquier solicitud de conversión que sobrepase lo estipulado en esta cláusula, será necesario someter a pruebas de asegurabilidad, incluyendo buen estado de salud del Asegurado, a satisfacción de la Compañía.

La nueva póliza se emitirá, sujeta a la aprobación de la Compañía, a la fecha de entrega de la póliza, de acuerdo a una prima determinada con las tarifas en vigor para la edad cumplida del Asegurado al momento de la entrega.

Quedará a opción de la Compañía el agregar cualquier Contrato Suplementario o Complementario. Cualquiera modificación o restricción que aparezca en esta póliza también se aplicará a la nueva póliza.

25. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la Compañía a la Dirección de correo electrónico del Contratante según se muestra en las Condiciones Particulares, o en caso de que no exista una Dirección de correo electrónico a cualquier otra Dirección que aparezca en las Condiciones Particulares. El Contratante deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección y solicitar la modificación de la Dirección del Contratante mediante Endoso, de lo contrario, se tendrá por correcto para todos los efectos, la última Dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante, o el Asegurado, a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante, o el Asegurado, o por el Intermediario de Seguros o Corredor de Seguros que aparece en las Condiciones Particulares que haya mediado en la contratación del seguro.

El Contratante por este medio autoriza a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta Póliza por parte del Intermediario de Seguros o Corredor de Seguros designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante. Sin embargo, el Contratante en todo momento podrá gestionar cualquier trámite con relación al Contrato de Seguro de forma directa con la Compañía.

26. ACCESO A LA INFORMACIÓN

Esta Póliza, así como sus documentos, Formularios, Solicitud de Seguro correspondiente, los Endosos o Designación(es) de Beneficiario(s) (si los hubiere), cualesquiera Cobertura(s) Adicional(es) o Suplementarios que hayan sido solicitados y adheridos como parte de ella, y la aceptación del Asegurado - Contratante constituyen el Contrato de Seguro completo. Por lo cual, se entiende que desde el momento en que el Contratante y/o Asegurado, o su Representante solicitan a la Compañía una oferta comercial ya sea completando una Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya declaraciones del Asegurado para que la Compañía efectúe la evaluación del riesgo y eventual expedición de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado o su Representante autorizan a la Compañía a tener acceso, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y servicios financieros, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, negociación y/o contratación de las Pólizas de Seguros, incluyendo acceso a su Expediente Clínico en cualquier ubicación, historial de tránsito, historial de crédito y utilice sus datos personales para validar la veracidad de sus declaraciones, su estado de salud y cualquier otro tipo de información que la Compañía requiera en virtud del presente Contrato de Seguro.

La información obtenida quedará tutelada de conformidad con lo establecido en la Cláusula "CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN", por lo que no podrá ser compartida con terceros no autorizados, en concordancia con la Ley de Seguros y la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento vigente en la República de Panamá.

27. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR EXPEDIENTE CLÍNICO

De conformidad con lo establecido en la Cláusula "ACCESO A LA INFORMACIÓN", para los fines del presente Contrato de Seguro, el Asegurado autoriza expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros, incluyendo cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, que mantengan registro de la información de salud, historial médico o Expediente Clínico del Asegurado, para que informen, revelen o permitan el acceso a la Compañía de cualquier información que sea requerida. En virtud de lo anterior, el Asegurado releva del deber de confidencialidad de su información de salud y de toda restricción impuesta por la Ley, al médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros, o cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, y, por tanto, puedan informar, revelar, mostrar o entregar cualquier registro, observación, informe o dato, incluyendo los de carácter personal y confidencial, a la Compañía.

La autorización que otorga el Asegurado para efectos de lo anterior, se documentará a través de la Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya declaraciones del Asegurado.

28. AUTORIZACION DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO

De conformidad con lo establecido en la Cláusula "ACCESO A LA INFORMACIÓN", para los fines del presente Contrato de Seguro, el Asegurado autoriza a la Compañía para solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadores de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre el historial de crédito del Asegurado sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantenga o llegue a mantener con cualquier agente económico.

La autorización que otorga el Asegurado para efectos de lo anterior, se documentará a través de la Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya declaraciones del Asegurado.

29. CLÁUSULA DE LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del Terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Panamá o naciones amigas o aquellas con las que la República de Panamá mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

Sin perjuicio de lo anterior, las coberturas y beneficios que ofrece la presente Póliza quedarán automáticamente suspendidas, sin necesidad de mediar comunicación o aviso alguno de parte de la Compañía, en caso que el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, sean incluidos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista internacional que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, actividades ilícitas y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva. La suspensión de coberturas de que trata esta cláusula será de aplicación desde el momento en que la o las personas mencionadas anteriormente sean incluidas en la lista de que se trate, con independencia de la fecha en que la Compañía o la persona tenga conocimiento de la inclusión.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del Terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

30. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente Póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la Autoridad Competente.

31. CORREDOR DE SEGUROS – EFECTOS Y RESPONSABILIDADES

El Corredor de Seguros es considerado el representante del Contratante y/o del Asegurado; por tanto, sus infracciones, errores, omisiones, comunicaciones, solicitudes, y declaraciones para todos los efectos serán consideradas como propias del Contratante y/o Asegurado. No obstante lo anterior, la Compañía podrá exigir que toda comunicación o solicitud relacionada con el presente Contrato de Seguro se encuentre debidamente firmada por el Contratante y/o Asegurado.

32. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

De conformidad con lo establecido en la legislación aplicable, el Contratante podrá interponer un proceso administrativo de quejas ante el Departamento de Protección al Consumidor de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.


El Contratante y la Compañía se someten a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá, República de Panamá, con prescindencia de cualquier otro tribunal, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato de Seguro.

33. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta Póliza, las partes se someten a las Leyes vigentes de la República de Panamá.

En fe de lo cual se firma esta póliza en la República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

La solicitud de seguros, así como la Póliza de Seguros y sus documentos que lo conforman, podrá ser firmada de forma electrónica o digital, a través de firma electrónica simple no calificada, escaneada y/o firma electrónica calificada, esto sin limitarse al uso de token, login, sign in, registros, prueba de vida e identidad, marca, signo distintivos, imagen, foto, código QR, entre otros reconocidos, si alguna de las partes la tuviera, dándole en su conjunto las partes un reconocimiento expreso y legal al contenido, aceptación y validez en buena fe, sin repudio y/o coacción, en cumplimiento a las Leyes de la República de Panamá.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá



Beneficio Complementario de Enfermedades Graves

La consideración para este Contrato es la solicitud y el pago de la prima inicial. Una suma de renovación se hará efectiva todos los meses consecutivos como se indica bajo "Deducción Mensual" a continuación.

1. DEDUCCIÓN MENSUAL

El cargo especial para este Contrato se deducirá del valor acumulado de la póliza. Se calcula este cargo como (1) multiplicado por (2), en donde:

- (1) Es la tarifa del beneficio que se indica en la tabla adjunta.
- (2) Es la suma asegurada de este beneficio.

2. DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA

Este Contrato y la solicitud forman parte de la Póliza Básica. La condición titulada "Opciones de No Caducidad" incluida en la póliza, no es aplicable a este Contrato. Todas las demás condiciones adjuntas a la póliza se aplican a este Contrato salvo que aquí se haya dispuesto lo contrario.

3. COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada indicada en este Contrato si se diagnostica y comprueba que el Asegurado ha sufrido o contraído una de las enfermedades graves descritas a continuación:

- A) Infarto del Miocardio.
- B) Derrame o Hemorragia Cerebral.
- C) Cirugía Arterio coronaria.
- D) Cáncer.

4. DEFINICIONES

- A) INFARTO DEL MIOCARDIO

La muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico se basa en:

- (a) Dolores torácicos típicos
- (b) Alteraciones en el ECG
- (c) Elevación de las enzimas cardíacas

- B) DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

Cualquier incidente cerebro-vascular con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro (24) horas que incluya la muerte de tejido cerebral, hemorragia o embolia originada en una fuente extracraneal. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de una duración de por lo menos tres (3) meses.

- C) CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA

Intervención quirúrgica a corazón abierto para corregir la insuficiencia coronaria, mediante el uso del procedimiento de puentes coronarios en dos o más arterias coronarias lesionadas. La necesidad de tal intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada mediante angiografía coronaria.

- D) CÁNCER

Una enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas, así como la invasión de tejidos. El término cáncer incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin.

Se excluye de esta definición cualquier clase de cáncer no invasivo o *in situ*, así como cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma invasivo.

5. PAGO DE ESTE BENEFICIO

La Compañía pagará la suma asegurada señalada al inicio de este contrato, una vez comprobada una de las enfermedades graves aquí definidas. La suma asegurada de la Póliza Básica continuará en vigor por el monto original. **Hecho el pago del beneficio correspondiente, este Contrato Complementario terminará.**

6. TERMINACIÓN

Este seguro complementario termina:

- a) **En el aniversario del Contrato más próximo a los sesenta y cinco (65) años de edad del Asegurado.**
- b) **Cuando el valor acumulado sea insuficiente para cubrir la deducción mensual.**

- c) Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier deducción mensual o prima adeudada por la Póliza Básica o este Contrato.
- d) Al liquidarse la suma asegurada de este beneficio.

7. AVISO DE ENFERMEDAD GRAVE

Se deberá avisar por escrito a la oficina principal de la Compañía lo antes posible después de haber contraído o sufrido una enfermedad grave, o, en todo caso, durante un periodo no mayor de tres (3) meses después de diagnosticado tal hecho.

8. PRUEBAS

No se indemnizará ninguna enfermedad cubierta por este beneficio antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes suficientes y satisfactorias para la Compañía, de:

- a) La edad del Asegurado.
- b) La ocurrencia de la enfermedad grave en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico firmado por un médico legalmente autorizado para ejercer, y confirmado por el médico consultor de la Compañía. Dicho diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorios aceptables.
- c) El derecho que tiene el Asegurado al beneficio complementario.

9. EXCLUSIONES

Ningún pago se hará efectivo bajo este beneficio complementario si la enfermedad grave en cuestión ha sido causada directa o indirectamente por:

- a) Intento de suicidio o auto lesión intencional por parte del Asegurado.
- b) Adicción al alcohol o a las drogas.
- c) Enfermedades en conexión o en presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

No se pagarán, bajo circunstancia alguna:

- Angioplastia y cualquier otra intervención que no sea el puente coronario.
- Valvulotomías, recambios valvulares o cualquier otra cirugía cardiaca.
- d) Enfermedades preexistentes conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de emisión de este Contrato.
- e) Cualquier enfermedad producto o secuela de accidente.

Ningún pago se hará efectivo bajo este beneficio si una enfermedad grave ha sido diagnosticada antes de transcurrido un periodo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de emisión del presente Contrato.

En fe de lo cual se emite este contrato en la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado



**BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES CARGOS
MENSUALES POR MILLAR DE SUMA ASEGURADA**

Edad	Cargos Hombres	Cargos Mujeres	Edad	Cargos Hombres	Cargos Mujeres
20	.0600	.0750	43	.3983	.3058
21	.0600	.0750	44	.4525	.3358
22	.0600	.0750	45	.5083	.3683
23	.0600	.0750	46	.5625	.3983
24	.0600	.0750	47	.6183	.4308
25	.0600	.0750	48	.7025	.4692
26	.0600	.0750	49	.7850	.5083
27	.0600	.0750	50	.8692	.5475
28	.0600	.0750	51	.9517	.5858
29	.0600	.0750	52	1.0350	.6233
30	.0600	.0750	53	1.1233	.6733
31	.0667	.0833	54	1.2125	.7267
32	.0725	.0900	55	1.3017	.7775
33	.0900	.1025	56	1.3892	.8292
34	.1067	.1150	57	1.4775	.8792
35	.1225	.1275	58	1.5775	.9292
36	.1392	.1400	59	1.6767	.9775
37	.1558	.1525	60	1.7767	1.0250
38	.1933	.1767	61	1.8750	1.0750
39	.2317	.2017	62	1.9750	1.1225
40	.2692	.2250	63	2.0808	1.1767
41	.3067	.2483	64	2.1858	1.2292
42	.3442	.2733			

Beneficio Complementario de Accidentes Personales

La consideración para este contrato es la solicitud y el pago de la prima inicial. Una suma de renovación se hará efectiva todos los meses consecutivos como se indica bajo "Deducción Mensual" a continuación:

1. DEDUCCIÓN MENSUAL

El pago mensual para este Contrato se deducirá del valor acumulado de la póliza en cada fecha de aniversario mensual. El monto se calcula como (1) multiplicado por (2), en donde:

- 1) Es la tarifa del beneficio que se indica en la tabla adjunta.
- 2) Es la suma asegurada de este beneficio.

2. DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA

Este Contrato y la solicitud forman parte de la Póliza Básica. La disposición titulada "Opciones de No Caducidad" incluida en la póliza, no es aplicable a este Contrato. Todas las demás condiciones adjuntadas a la póliza aplican a este Contrato, salvo que aquí se haya estipulado lo contrario.

3. DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, cuando se utilice cualquiera de las siguientes palabras en el texto, éstas tendrán el significado que aparece a continuación:

ACCIDENTE: Significa la acción repentina de un agente externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado, del Contratante, del Beneficiario, o de cualquier otra persona y que cause al primero, lesiones corporales que puedan determinarse por un médico.

Por aclaración y extensión, se asimilan a la noción de accidente:

- A) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión en el agua u obstrucción, la electrocución;
- B) la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado;
- C) picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos;
- D) la rabia, el carbunco o tétano de origen traumático;

HOMICIDIO: Significa la muerte del Asegurado causada por hechos de otra persona. Se entiende como homicidio doloso o intencional, el causado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado, o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y actúa a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como establecen los Artículos 31, 131, 132 del Código Penal de Panamá. El homicidio culposo o involuntario, es el causado por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios del causante, o como consecuencia del proceder negligente o culposo, de acuerdo a lo expresado por los Artículos 32 y 133 del Código Penal de Panamá.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: Se refiere a la incapacidad que resulta de una lesión corporal, sufrida accidentalmente, que le impide totalmente y de manera permanente al Asegurado, realizar trabajo alguno o participar en cualquiera ocupación o negocio para obtener remuneración o ganancia, sin tomar en cuenta la relación o semejanza de cualquier trabajo, ocupación o negocio anterior en que el Asegurado haya intervenido. El Asegurado deberá permanecer inválido por un período no menor de seis (6) meses, como requisito previo al pago de cualquier beneficio por invalidez total y permanente.

LESIÓN: Significa cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por este contrato, después de emitido éste y mientras se encuentre en vigor. Por aclaración, se considera que la muerte es la máxima lesión.

SUMA ASEGURADA: Es la suma máxima en riesgo para la Compañía, la cual aparece señalada al inicio de este contrato.

OCUPACIÓN DEL ASEGURADO: Es la actividad económica principal del Asegurado, a la cual se dedica a tiempo completo y de la cual proviene la mayoría de sus ingresos.

4. COBERTURAS

- A. Muerte Accidental: La Compañía pagará la suma asegurada si el Asegurado muere a causa de un accidente.

- B. Invalidez Total y Permanente: La Compañía pagará la suma asegurada, cuando a causa de una lesión, el Asegurado se encuentre en estado de invalidez total y permanente.
- C. Desmembramiento: La Compañía pagará al asegurado el beneficio por desmembramiento de conformidad con la Tabla de Indemnización que forma parte de este contrato.
- D. Homicidio Culposo: La Compañía pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere víctima de un homicidio culposo.
- E. Muerte en Accidente Aéreo: La Compañía pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y horarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaje como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.
- F. Cobertura por accidentes 24 horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país: Este beneficio, garantiza al Asegurado, protección contra accidentes en todo momento y lugar, siempre y cuando el contrato se encuentre vigente al momento de ocurrir un accidente y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de este contrato.
- G. Opción de Liquidación de Beneficios: El Asegurado o el Beneficiario designado por éste, podrá elegir por recibir cualquiera de los beneficios de muerte o invalidez en un solo pago al momento de la liquidación del reclamo correspondiente, o por la opción de recibir una sexagésima parte de la suma asegurada durante sesenta meses, hasta alcanzar la totalidad de la suma asegurada.

5. EXCLUSIONES

El presente contrato no cubre los riesgos que se detallan a continuación y, por consiguiente, la Compañía no pagará beneficio alguno por lesiones ocurridas al Asegurado a consecuencia de:

- a) **Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad que no sea causada directamente por accidentes u otros hechos cubiertos por el presente contrato, tales como, pero no**

únicamente, el homicidio doloso.

- b) **Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio.**
- c) **Lesiones causadas intencionalmente por el Beneficiario o por cualquier persona.**
- d) **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra, declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de este contrato.**
- e) **Efectos de la energía nuclear en cualquier forma.**
- f) **Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismos, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros.**
- g) **Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope, y los que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de drogas o en el estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.**
- h) **Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.**
- i) **Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.**
- j) **Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes.**
- k) **Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del Asegurado.**
- l) **Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**

6. TERMINACIÓN

Este Contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- a) **En el aniversario del Contrato más próximo a**

los setenta (70) años de edad del Asegurado.

- b) Cuando el valor acumulado sea insuficiente para cubrir la deducción mensual.**
- c) Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier deducción mensual o prima adeudada por la Póliza Básica o este Contrato.**
- d) Cuando la póliza Básica expire.**
- e) A solicitud escrita del Asegurado.**
- f) En la fecha de la muerte del Asegurado.**
- g) Al pagarse el cien por ciento (100%) de la suma asegurada por cualquier causa.**

Si luego de la terminación de este Contrato se le dedujera al valor acumulado de la póliza un cargo por el mismo, la Compañía acuerda volver a acreditar tal deducción al valor acumulado de la póliza.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

Dentro de los quince (15) días posteriores al haber ocurrido un accidente cubierto, el Asegurado, su designado o su Beneficiario deberá dar aviso a la Compañía por escrito. Si se trata de un caso de muerte accidental, es obligación dar cuenta inmediata a la Compañía. Así mismo, a la mayor brevedad posible, y no más tarde de diez (10) días a contar desde la fecha del primer aviso, el Asegurado o su Beneficiario deberán entregar a la Compañía los siguientes documentos:

- a) En caso de muerte, un certificado de defunción emitido por la autoridad competente, conteniendo la fecha del accidente, el nombre, edad y domicilio del Asegurado, el lugar y circunstancias en que ha ocurrido el accidente y la muerte, en caso de ser diferentes, y los nombres y domicilios de los testigos, si los hubiese. En caso de que la muerte hubiere sobrevenido por causa de un homicidio culposo, el Beneficiario deberá además entregar a la Compañía, la sentencia original, o una copia autenticada, de la sentencia ejecutoriada del juzgado o tribunal correspondiente.
- b) En cualquier otro caso, un certificado médico expresando las causas de la lesión, su naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas. Dichos documentos deberán ser suministrados a la Compañía dentro de un plazo no mayor de diez (10) días después de ocurrido el accidente. En caso de invalidez total y permanente, un certificado médico que exprese tal condición para el Asegurado, así como una segunda opinión sobre el particular, a la discreción de la Compañía.
- c) Cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera la Compañía para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la

pérdida, y el ajuste del reclamo a las estipulaciones de esta contrato, tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de este contrato.

8. LIMITACIONES

La Compañía no pagará indemnización alguna por muerte accidental, si la muerte del Asegurado sobreviene seis (6) meses después o más de haber ocurrido el accidente.

La Compañía no pagará más de la suma asegurada que aparece señalada al inicio de este Contrato. En caso de los beneficios de muerte accidental, muerte en accidente aéreo, homicidio culposo, e invalidez total y permanente, la Compañía deducirá de la indemnización de la suma asegurada, cualquier pago que se haya hecho con anterioridad en concepto de indemnización por desmembramiento. Igualmente deducirá de la indemnización, cualquier suma de la que la Compañía fuera acreedora frente al Asegurado.

El pago de los beneficios estipulados en este contrato se hará solamente si la pérdida es ocasionada directa y exclusivamente por un accidente.

Para los efectos de este beneficio, se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta a nivel de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación absoluta a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas. Por pérdida de la visión, la pérdida completa e irreparable de la visión. Por anquilosis se entenderá la abolición o limitación total de los movimientos de una articulación movable. En todos los casos se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total o definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

Si el Asegurado sufre más de una de las pérdidas especificadas en la Tabla de Indemnización, 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.

9. MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Cualquier cambio (alivio o agravaciones) tanto de la

ocupación o salud del Asegurado, ya sea temporal o permanente, que modifiquen notablemente el riesgo a juicio de la Compañía, deberá ser notificado a la Compañía por escrito en un plazo no mayor de ocho (8) días. La Compañía tendrá el derecho de continuar, modificar o declinar la cobertura ante dicha modificación del riesgo. La Compañía no pagará beneficio alguno por accidente ocurrido en fecha posterior a la modificación del riesgo, si dicha modificación no hubiese sido notificada a la Compañía y ésta a su vez no hubiese manifestado su aceptación expresa por escrito.

10. AGRAVACIONES DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que correspondiera se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiera producido sin la mencionada causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por el contrato y ocurrido durante la vigencia del mismo.

11. DERECHO DE SUBROGACIÓN

La Compañía tiene el derecho de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos en base a beneficios establecidos en el presente contrato, por lesiones sufridas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones. La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de vehículos o equipos o de los Aseguradores de éstos. En igual forma la Compañía lo podrá hacer del Asegurado o sus dependientes, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación. La Compañía hará efectivo el desembolso de los beneficios al Asegurado, sujeto a que el Asegurado o su Beneficiario:

- a) firme el documento de subrogación a favor de la Compañía, y
- b) no tomen ni hayan tomado acción alguna que pueda perjudicar los derechos subrogados, y
- c) cooperen con y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

En fe de lo cual se emite este contrato en la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado



BENEFICIO ADICIONAL DE ANTICIPACION DEL CAPITAL POR INVALIDEZ

COBERTURA

La Compañía, con sujeción a las condiciones generales y particulares de la Póliza básica, y después del recibo en sus oficinas principales de prueba satisfactoria de la invalidez del Asegurado y de que dicha invalidez comenzó antes de que el Asegurado cumpliera los sesenta

(60) años de edad, y estando la Póliza y esta cláusula adicional en pleno vigor, concederá el Beneficio de Anticipación del Capital por Invalidez.

Este beneficio consiste en el pago **del monto que aparece señalado para el Valor Nominal del Contrato de Beneficio Adicional de este documento**, menos cualquier préstamo o deuda existente a la fecha de hacerse la liquidación. Este pago se hará en sustitución de todos los beneficios que fueron contratados en esta Póliza, salvo aquellos que otorguen indemnizaciones por desmembramiento, quedando tanto la Póliza como sus contratos suplementarios cancelados automáticamente y sin ningún valor o efecto.

Este beneficio se hará efectivo mediante pagos mensuales que no excedan 60 meses. Si el fallecimiento del Asegurado ocurriera antes de completarse todos los pagos, cualquier saldo pendiente se pagará en una sola suma al Beneficiario o Beneficiarios que aparezcan en la Póliza original o que hayan sido designados posteriormente por el mismo Asegurado.

DEFINICION DE INVALIDEZ

Se entiende por Invalidez la incapacidad permanente y total del Asegurado para desempeñar su trabajo habitual o cualquiera otra ocupación apropiada a sus conocimientos, aptitudes o destrezas, por razones de accidente o salud. Este beneficio no podrá hacerse efectivo hasta que hayan transcurrido seis (6) meses contados a partir de la fecha en que fue declarado inválido el Asegurado.

No obstante, se tomará como fecha efectiva de la invalidez, la declarada por los facultativos a cuyo cargo estuvo la declaratoria. **La Compañía** se reserva en todo momento, el derecho y la oportunidad para investigar las reclamaciones que surjan de este Beneficio Adicional, pero dicha

investigación no podrá exceder un período de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha en que fue presentada la reclamación. En igual forma, **La Compañía** se reserva el derecho y la oportunidad para comprobar, por lo menos una vez al año, mediante los exámenes o diligencias que puedan requerirse, la continuidad de la invalidez del Asegurado. Para los efectos de este Beneficio Adicional, se considerará invalidez cualquiera pérdida accidental que conlleve el pago del Valor Nominal de la Póliza.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas todas las lesiones inflingidas deliberada o intencionalmente por el mismo Asegurado o por otra personas, en colusión con él, al igual que aquellas resultantes de efectos de drogas estupefacientes o de bebidas alcohólicas, participación en riñas o en motines callejeros, competencias de velocidad, montañismo, buceo profundo, paracaidismo y deportes peligrosos. También quedan excluidos de esta cobertura, vuelos en aviones militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro, reconocimientos aéreos o a misiones relacionadas con actos de insurrección o de contra-insurrección. Igualmente, se excluyen vuelos de fumigación, de carácter deportivo, publicitario, de exploración o de investigación meteorológica.

AVISO DE RECLAMACION

El Asegurado no podrá presentar ninguna reclamación contra este Beneficio luego de transcurrido un (1) año contado a partir de la fecha en que fue declarada su invalidez. No se considerará presentado el aviso de reclamación si este no viene acompañado de las pruebas de invalidez.

CANCELACION AUTOMÁTICA

Este Beneficio Adicional de Anticipación de Capital por Invalidez, quedará automáticamente cancelado al cumplir el asegurado sesenta (60) años de edad, por falta de pago de cualquiera prima, por vencimiento o expiración de la Póliza

básica, o por conversión de dicha Póliza básica, a Seguro Saldado o Seguro Prorrogado, o por liquidación del Valor Nominal de la misma o de este Contrato Suplementario adherido a ella.

En fe de lo cual se emite este contrato en la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

Exoneración de Primas por Incapacidad Total y Permanente

La consideración para este Contrato es la solicitud y el pago de la Prima Inicial. Una suma de renovación se hará efectiva todos los meses consecutivos como se indica bajo “Deducción Mensual” a continuación:

DEDUCCIÓN MENSUAL

El pago mensual para este Contrato se deducirá del valor efectivo de la póliza cada fecha de Aniversario Mensual. El monto se calcula como (1) por (2).

- (1) Es la tarifa del beneficio mensual, que se indica en la tabla relativa a este beneficio.
- (2) Es el monto del riesgo neto por cada suma especificada.

EXONERACIÓN DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía exonerará de pago todas las Deducciones Mensuales sobre esta póliza y todos los beneficios suplementarios, si los hubiere, que fueran a deberse durante su incapacidad total y permanente después que se cumplan todas estas condiciones:

1. Que la Compañía reciba el aviso de la incapacidad.
2. Que la incapacidad total y permanente sea 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 considerará como permanente, únicamente con el fin de poder determinar la fecha en que principian las obligaciones que se asumen en este 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 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.

La Exoneración del Pago de Primas se concederá solamente por Incapacidad Total y Permanente (a) que haya sido ocasionada por lesión o enfermedad sufrida después de la fecha de emisión de este Contrato, (b) que haya comenzado antes del aniversario de dicha póliza más cercano al sexagésimo (60) cumpleaños del Asegurado y (c) 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, no obstante, será responsable de la prima vencida.

El término “Incapacidad”, dondequiera 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 (7º) mes de haberse iniciado la incapacidad total y permanente.

Si el valor efectivo está incluido en el (los) monto (s) especificado (s), el (los) monto (s) especificado (s) será (n) automáticamente cambiado (s) con efectividad en la fecha de aniversario mensual en la cual la exoneración por incapacidad comience, como sigue:

- (1) para excluir el valor efectivo del (los) monto (s) especificado (s) y
- (2) para reducir el (los) monto (s) especificado (s) e igualarlo (s) a la suma asegurada menos el valor efectivo a la fecha del aniversario mensual en el cual la exoneración por incapacidad comience.

El Monto de la deducción mensual a ser exonerada y el cálculo del valor efectivo serán ajustados por los cambios hechos en (1) y (2) indicados arriba, y por cualquier renuncia parcial u otros cambios efectuados en el (los) monto (s) especificado (s) desde entonces.

PRUEBA DE INCAPACIDAD

La Compañía debe recibir aviso por escrito dentro de un periodo no mayor de seis (6) meses después de haberse declarado la incapacidad. Si el aviso fuere enviado con posterioridad, ello no invalidará una reclamación si se envía tan pronto sea razonablemente posible.

PRUEBA MÉDICA

La Compañía exigirá prueba médica de la fecha de la lesión o enfermedad que ocasionaron la incapacidad, y a intervalos razonables exigirá prueba médica de la continuidad de la incapacidad.

Luego de exonerarse el pago de la primas durante dos (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. Si la incapacidad se interrumpiera en cualquier momento, o el Asegurado no suministrara dicha prueba, las deducciones mensuales o primas se tendrán que volver a pagar como se estipula en la póliza.

EXCLUSIONES

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

- (1) Una lesión auto infligida intencionalmente, o sufrida al haber cometido un delito grave o asalto, o por participar en un motín o en una insurrección, o causada intencionalmente por cualquier persona.**
- (2) Los efectos de:**
 - a.- cualquier droga o sustancia controlada, excepto si fue recetada por un médico.**
 - b.- alcohol, droga, estupefaciente o sedante. c.- cualquier veneno o gas dañino.**
- (3) Embarazo.**
- (4) Vuelo en, o 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, o servicio en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país.**

En fe de lo cual se firma este Endoso en la República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA

Este Contrato forma parte de la Póliza Básica. La disposición titulada "Opciones de No Caducidad" incluida en la póliza, no es aplicable a este Contrato. Todas las demás condiciones adjuntas a la póliza aplican a este Contrato, salvo que aquí se haya estipulado lo contrario.

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 cualquier deducción mensual o prima adeudada por la póliza o este Contrato.**
- (3) Cuando la Póliza Básica expire, sea saldada, o continúe bajo una opción de no caducidad.**
- (4) A solicitud por escrito del Asegurado.**

Si luego de la terminación de este Contrato se le dedujera al valor efectivo de la póliza un cargo por el mismo, La Compañía acuerda volver a acreditar tal deducción al valor efectivo de la póliza.



**TARIFA MENSUAL PARA EL BENEFICIO DE
EXONERACIÓN DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y
PERMANENTE**

(POR B/.1,000.00 DE SUMA ASEGURADA)

EDAD ALCANZADA	HOMBRE	MUJER	EDAD ALCANZADA	HOMBRE	MUJER
15	.01250	.018800	46	.05000	.041300
16	.01250	.018800	47	.05920	.047600
17	.01250	.018800	48	.06920	.055100
18	.01250	.018800	49	.08170	.063800
19	.01250	.018800	50	.09750	.075000
20	.01250	.018800	51	.11250	.088800
21	.01250	.018800	52	.03250	.103800
22	.01250	.018800	53	.16420	.122600
23	.01250	.018800	54	.20500	.146300
24	.01250	.018800	55	.24250	.168800
25	.01250	.018800	56	.27500	.198800
26	.01250	.018800	57	.31080	.246300
27	.01330	.018800	58	.35920	.307500
28	.01330	.018800	59	.42080	.363800
29	.01330	.018800			
30	.01330	.020000			
31	.01330	.020000			
32	.01330	.020000			
33	.01330	.020000			
34	.01330	.020000			
35	.01420	.020000			
36	.01420	.020000			
37	.01500	.020000			
38	.01580	.021300			
39	.01750	.021300			
40	.01920	.022500			
41	.02250	.022500			
42	.02750	.023700			
43	.03170	.026300			
44	.03670	.028800			
45	.04250	.033800			

Beneficio Complementario por Muerte Accidental y Desmembramiento

Sujeto a las condiciones y limitaciones de la Póliza Básica y de este Contrato de Beneficio Complementario (llamado "EL CONTRATO"), La Compañía pagará al Beneficiario o a los Beneficiarios registrados en la Póliza, además de la cantidad pagadera por la misma, la Suma Asegurada de este Contrato que se menciona arriba, una vez que la Oficina Principal reciba pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado ocurrida como consecuencia directa de lesiones accidentales producidas únicamente por causas externas, violentas y fortuitas, de las cuales haya evidencia visible de contusión o herida en el exterior del cuerpo (exceptuando el caso en que el Asegurado haya perecido ahogado o de una lesión interna revelada por autopsia). Dichas lesiones deberán ser independientes de cualquiera otra causa que no sea estrictamente accidental.

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 o de cualquiera persona.

LOS BENEFICIOS SON PAGADEROS SIEMPRE Y CUANDO

- (1) tal muerte haya ocurrido mientras la Póliza y este Contrato estén 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) la póliza no se encuentre entonces en vigor en virtud de las opciones de Seguro Saldado Reducido o Seguro Temporal Prorrogado; y
- (3) el fallecimiento haya ocurrido dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber ocurrido tal lesión; y
- (4) 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 COMPLEMENTARIO, y que no es aplicable ninguna de las limitaciones contenidas en la Cláusula de **RIESGOS EXCLUIDOS**.

EXCLUSIONES

El Seguro bajo este Contrato no se pagará si la muerte del Asegurado resulta directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

1. **Suicidio o tentativa de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
2. **Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio Asegurado.**
3. **Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico (excepto en el caso de que éste sea a consecuencia de un accidente).**
4. **Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.**
5. **Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.**
6. **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 policial, o de reconocimiento, o en aviones militares o de policía de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencias**

catastróficas; guerra, declarada o no, cualquier acto atribuible a ésta; motín, tumultos, insurrección, guerra civil, revolución, cualquiera acción bélica o cualquiera 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 acrobáticos o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.

7. Accidentes ocurridos en periodos durante el cual el Asegurado esté prestando servicio en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
8. Lesiones sufridas al participar en certámenes de velocidad en cualquiera clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo.
9. La acción de veneno, gas o vapores tomados, administrados o absorbidos o inhalados voluntaria, involuntaria o accidentalmente o de alguna otra forma.
10. Tomaínas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica, cuando ésta se presenta con y por una cortadura o herida recibida por accidente).
11. Haber cometido o tratado de cometer algún asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
12. Actos intencionales donde solo el resultado es accidental.
13. La muerte que resultare como consecuencia de **HOMICIDIO INTENCIONAL o TENTATIVA de HOMICIDIO INTENCIONAL** o por lesiones causadas intencionalmente al Asegurado por cualquier persona, sea

o no con la intención de producirle la muerte.

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.

CANCELACIÓN Y TERMINACIÓN

El Asegurado o Dueño podrá cancelar este Contrato en la fecha de vencimiento de cualquiera prima, mediante solicitud por escrito a La Compañía, junto con la devolución de la Póliza y del presente Contrato para el endoso correspondiente.

Esta cancelación será efectiva en la fecha de vencimiento de la prima que sea posterior a la fecha de la solicitud.

ESTE CONTRATO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE CUANDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE OCURRA PRIMERO

- (1) En el primer aniversario de la Póliza en la cual el Asegurado haya alcanzado los 70 años de edad.
- (2) Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier deducción mensual adeudada por la Póliza o el Contrato.
- (3) Cuando esta Póliza venza, sea entregada, o se continúe conforme a las condiciones de la exoneración de Prima por Incapacidad Total y Permanente.
- (4) Mediante solicitud escrita del asegurado, con la Póliza adjunta para su endoso.
- (5) Cuando el Asegurado muera.

Si luego de la terminación se le dedujera un cargo contra el valor en efectivo de la Póliza, esto no afectaría la terminación del Seguro. La Compañía acordará volver a acreditar tales deducciones al valor efectivo de la Póliza.

Cuando 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 periodo durante el cual la terminación o cancelación fue efectiva, junto con toda la 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 creará obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

EL CONTRATO DE BENEFICIO COMPLEMENTARIO FORMA PARTE DE LA PÓLIZA

Este Contrato formará parte de la Póliza y las disposiciones de la misma le son aplicables, con excepción de las relativas a disputabilidad, a suicidio y a las Opciones para el caso de Liquidación o Caducidad.

CONDICIONES GENERALES

- (a) La Cláusula de disputabilidad no 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.
- (b) 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
- (c) de este Contrato hayan sido pagadas y recibidas por La Compañía.
- (d) En caso de caducidad o cancelación de este Contrato Complementario, La Compañía se reserva el derecho de rehabilitación o no.
- (e) Este Contrato no puede ser rehabilitado si la Póliza Básica ha caducado y no es rehabilitada al mismo tiempo.

CLÁUSULA DE ARBITRAJE

Las partes convienen en dirimir mediante juicio arbitral de derecho cualquiera diferencia, discrepancia o controversia que surja entre ellas

respecto a la interpretación o cumplimiento de este Contrato.

Ninguna modificación, adición, renuncia o concesión bajo este Contrato será válida a menos que haya sido efectuada mediante endoso firmado por un Funcionario Autorizado de La Compañía.

Este Contrato se emite con base a la solicitud hecha para el mismo, copia de la cual es agregada a la Póliza, y en consideración al pago de la prima adicional correspondiente estipulada en este Contrato e incluida en la prima total de la Póliza. Esta prima adicional será pagada simultáneamente, bajo las mismas condiciones y con la misma frecuencia que la prima de la Póliza hasta la terminación de este Contrato.



BENEFICIOS POR PERDIDA DE MIEMBROS O DE LA VISIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Sujeto a las Condiciones y Limitaciones del Contrato Complementario de “Beneficio por Muerte Accidental” adherido a la Póliza arriba descrita, y como complemento del mismo, La Compañía expide este Contrato de BENEFICIO POR PERDIDA DE MIEMBROS O DE LA VISION A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

A	Por la fractura de la Columna Vertebral que cause invalidez total y permanente.....	El Valor Nominal
B	Por la pérdida de una mano y un pie.....	El Valor Nominal
C	Por la pérdida de ambas manos o de ambos pies o de la vista de ambos ojos.....	El Valor Nominal
D	Por la pérdida de una mano o de un pie, conjuntamente con la pérdida de la visión de un ojo.	El Valor Nominal
E	Por la sordera total e incurable de los dos oídos.....	La mitad del Valor Nominal.
F	Por la ablación de la mandíbula	La mitad del Valor Nominal.
G	Por la pérdida de una mano o de un pie.....	La mitad del Valor Nominal.
H	Por la anquilosis de un hombro en posición no funcional.....	La tercera parte del Valor Nominal.
I	Por la anquilosis de la cadera en posición no funcional.....	La tercera parte del Valor Nominal.
J	Por la pérdida de la visión de un ojo.....	La tercera parte del Valor Nominal.
K	Por la anquilosis del codo en posición no funcional.....	La tercera parte del Valor Nominal.
L	Por la anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	La cuarta parte del Valor Nominal
M	Por la pérdida del dedo pulgar de una mano.....	La cuarta parte del Valor Nominal
N	Por la anquilosis de la muñeca en posición no funcional.....	La décima parte del Valor Nominal

O	Por la anquilosis del empeine (garganta) del pie en posición no funcional.....	La décima parte del Valor Nominal
P	Por la pérdida del dedo índice de una mano..... Por la pérdida de cada uno de los dedos: medio, anular, y Q meñique de las manos y por la pérdida total del dedo gordo del pie.....	La décima parte del Valor Nominal . La Vigésima parte del Valor Nominal

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 irreversible de la vista.

Por anquilosis se entenderá la abolición o limitación total de los movimientos de una articulación movable. En todos los casos se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y 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 un 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 al Valor Nominal del Contrato por todas las pérdidas sufridas como resultado de lesiones causadas por un mismo accidente.

PRIMA

La prima pagadera por este Beneficio adicional es la señalada en el Contrato Suplementario de Beneficio por Muerte Accidental a la cual se adhiere este aditamento.

AVISO DE RECLAMACION

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 directamente a **La Compañía** en su Oficina Principal, o a través de 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 de 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 la Medicatura Forense.

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 un Juez.

CANCELACION AUTOMATICA

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

PRESCRIPCION

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

Este Contrato Complementario se adhiere a y forma parte del Beneficio por Muerte Accidental suplementario a la Póliza descrita en el mismo.

En fe de lo cual se emite este contrato en la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autoriza

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
ENDOSO BENEFICIO SUPLEMENTARIO PARA EL CUIDADO DEL ASEGURADO

Este beneficio está sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

BENEFICIO

La Compañía adelantará al Asegurado el monto de **CIENTOS MIL BALBOAS (B/. 100,000.00) o CINCUENTA POR CIENTO (50%)** de la Suma Asegurada, lo que resulte menor, para el cuidado del Asegurado, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, durante la vida del Asegurado y sólo si éste desarrolla una Enfermedad Terminal diagnosticada por un médico.

Para los efectos de este beneficio el término **MEDICO** significa un individuo idóneo para practicar la medicina en el territorio en el cual se recibe el tratamiento. **MEDICO** no incluye al Asegurado ni a ningún familiar inmediato. Entiéndase por familiar inmediato al cónyuge, hijos, hermanos, padres o abuelos del Asegurado.

Se entenderá por Enfermedad Terminal aquella condición de salud irreversible diagnosticada por un Médico al menos noventa (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.

El pago del Beneficio Suplementario para el Cuidado del Asegurado estará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) **La Póliza debe estar vigente y las primas pagadas.**
- b) **En caso de rehabilitación de esta Póliza, este beneficio no estará vigente hasta noventa (90) días después de la Fecha Efectiva de la rehabilitación de esta Póliza.**
- c) **La Compañía debe recibir el diagnóstico médico aceptable por la misma.**
- d) **Esta Póliza no debe estar cesionada.**
- e) **Este Beneficio Suplementario deberá ser solicitado por el Asegurado en nota dirigida a la Compañía y en caso de que este no pueda realizar la misma, se deberá presentar el reclamo por la persona legalmente facultada para actuar en nombre del Asegurado para lo cual deberá presentar los documentos que lo acrediten.**

EFECTO DEL BENEFICIO

El adelanto de este Beneficio Suplementario representa un anticipo de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica y no implica un cambio en el monto de la prima. Por lo tanto, cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, la Compañía descontará de la Suma Asegurada el monto adelantado de este beneficio de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica y pagará la diferencia a los beneficiarios designados.

AVISO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO

El Asegurado deberá enviar aviso escrito a la Compañía notificándole el diagnóstico de la Enfermedad Terminal tan pronto tenga conocimiento del mismo. La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión, deberá ser acompañada de pruebas, que deberán incluir, el diagnóstico firmado por un Médico. Dicho diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables para la Compañía. El diagnóstico deberá ser aceptado por el Médico consultor de 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 Beneficio Suplementario 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 Beneficio Suplementario para el Cuidado del Asegurado de esta Póliza.**

EXCLUSIONES

El pago en concepto del Beneficio Suplementario para el Cuidado del Asegurado no se concederá y por tanto no habrá ninguna responsabilidad por parte de la Compañía:

1. Enfermedad Terminal que haya sido diagnosticada antes de transcurrido un período de noventa (90) días contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza.
2. Enfermedades conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la Fecha Efectiva de la Póliza.
3. Si la Enfermedad Terminal es resultado de lesiones intencionalmente causada a sí mismo.

En fe de lo cual se emite este contrato en la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autoriza