

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

Condiciones Generales

1. Riesgo Cubierto

- 1.1. Muerte del Asegurado
- 1.2. Anticipo de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente
- 1.3. Lesiones Corporales y desmembramiento (Pérdida de Órganos)
- 1.4. Muerte por Homicidio y Lesiones Corporales
- 1.5. Cobertura por Accidente aéreo
- 1.6. Cobertura por veinticuatro horas (24H) al día
- 1.7. Cobertura Nacional e Internacional por Accidentes
- 1.8. Beneficios Adicionales
- 1.9. Indemnización diaria por Hospitalización.

2. Primas

3. Inicio de Vigencia, Período Cubierto y Renovaciones

4. Reclamaciones

- 4.1. Obligaciones a Cargo del Asegurado o Beneficiario en caso de Accidente.
- 4.2. Autopsia o Exhumación
- 4.3. Valuación por Peritos
- 4.4. Cumplimiento de la Prestación de la Compañía.
- 4.5. Caducidad por incumplimiento de obligaciones y cargos.
- 4.6. Derecho de subrogación

5. Exclusiones y Excepciones

6. Definiciones

7. Disposiciones Adicionales

- 7.1. Agravación del Riesgo Asegurado
- 7.2. Omisiones
- 7.3. Designación y Cambio de Beneficiarios.
- 7.4. Rescisión Unilateral del Contrato.
- 7.5. Prescripción
- 7.6. Solución de Controversias.
- 7.7. Firma del Representante Autorizado

CONDICIONES GENERALES

MAPFRE PANAMÁ, S. A., sociedad anónima panameña, inscrita en el Registro Público a ficha 103707, rollo 597, e imagen 46 de la Sección de Micropelículas (Mercantil), con oficinas ubicada en Costa del Este, diagonal a Business Park, Ciudad de Panamá, República de Panamá, en adelante LA COMPAÑÍA y el solicitante en el formulario de solicitud de seguro en adelante EL CONTRATANTE sobre la integridad física del Asegurado designado como tal en las Condiciones Particulares, en consideración al pago de la prima convenida y a la información suministrada en el formulario de solicitud de seguro, convienen en celebrar el presente Contrato de Seguro (denominado en adelante la "Póliza"), sujeto a la ley y los términos y condiciones que a continuación se detallan.

1. RIESGO CUBIERTO

La Compañía asume el riesgo de las pérdidas económicas que pueda experimentar el Asegurado, o el Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, hasta por un monto no mayor de la Suma Asegurada, siempre que sean resultantes de algún accidente sufrido durante la vigencia de la Póliza, que causen directamente al asegurado la muerte, invalidez total y permanente o lesiones corporales y desmembramiento, siempre que estos hechos se manifiesten a más tardar dentro de un año contado a partir de la fecha del mismo y que el riesgo o accidente sufrido no se encuentre expresamente excluido en la Póliza o en las condiciones particulares de la misma.

1.1. Muerte del Asegurado

En caso de muerte causada por accidente del Asegurado, la Compañía pagará al(os) Beneficiario(s) designados el monto de la suma asegurada por esta cobertura en el momento del accidente, deducidas las sumas que se hubiesen pagado con base a esta Póliza en concepto de invalidez total y permanente o lesiones corporales y desmembramiento dentro de los 365 días anteriores a la fecha del fallecimiento del asegurado.

1.2. Anticipo de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Si el accidente causare invalidez total y permanente, la Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada estipulada en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza. Se considera invalidez total y permanente el daño cerebral total e irreversible, fractura incurable de la columna vertebral o sección completa de la médula espinal que ocasione la invalidez total y permanente.

1.3. Lesiones corporales y desmembramiento (perdidas orgánicas)

Si el accidente causare lesiones corporales o desmembramiento, la Compañía pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de esta Póliza, según se indica a continuación:

Descripción de Beneficio	%
Ceguera absoluta(pérdida de la vista en ambos ojos)	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
Anquilosis de hombro o codo en posición no funcional	35
Anquilosis de rodilla en posición no funcional	35
Anquilosis de Cadera en Posición no funcional	35
La vista de un ojo	30
Tres dedos de una mano, incluyendo el pulgar o índice	30
La audición total e irreversible en ambos oídos	25
El pulgar y otro dedo de la misma mano que no sea el índice	25
Anquilosis de muñeca o empeine del pie en posición no funcional	25
El índice y otro dedo de la misma mano que no sea el pulgar	20
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10
Amputación parcial de un pie, incluyendo todos los dedos	10
Tres dedos de una mano que no sean ni el pulgar ni el índice	10
Pérdida total del dedo gordo del pie	10
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5

La pérdida de una mano o un pie significará la separación de las coyunturas de las muñecas o el tobillo, o arriba de los mismos; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista, en cuanto a los dedos, la separación de al menos dos falanges completas en un mismo dedo.

Por anquilosis se entiende la limitación total de los movimientos de una articulación movable.

De sufrirse varias de las pérdidas arriba especificadas, la responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la “Suma Asegurada” de este beneficio, indicada en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

De la suma asegurada a pagar se deducirá cualquier pago efectuado por este beneficio dentro de los 365 días anteriores al accidente.

1.4. Muerte por Homicidio y Lesiones Corporales

En caso de muerte del Asegurado, víctima de un homicidio, o de que el Asegurado sea víctima de lesiones corporales que le causen invalidez total y permanente, cualquiera de estos eventos, el que suceda primero, la Compañía pagará al(os) Beneficiario(s) designados, el monto de la suma asegurada por esta cobertura, deducidas las sumas que se hubiesen pagado con base a esta Póliza en concepto de invalidez total y permanente o lesiones corporales y desmembramiento.

1.5. Cobertura por Accidente Aéreo

En caso de muerte del asegurado como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, ocurrido en una aeronave certificada de pasajeros, comercial, con itinerarios fijos y horario de vuelos públicos, no de itinerario especial o fletado, volando entre aeropuertos debidamente establecidos y mantenidos, como pasajero, no como operador o miembro de la tripulación, durante el ascenso, vuelo o descenso de la aeronave, la Compañía pagará al(los) beneficiario(s) designados el monto de la suma asegurada para muerte accidental.

1.6. Cobertura por veinticuatro horas (24H) al día.

La Compañía pagará la suma asegurada que correspondiere de acuerdo al beneficio cubierto por accidentes que ocurran en todo momento, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y en apego a las disposiciones de esta póliza.

1.7. Cobertura Nacional e Internacional por Accidentes

Esta cobertura garantiza al asegurado sus beneficios por accidentes en todas partes del mundo, sujeto a las condiciones de esta póliza en especial a lo relacionado con la agravación de riesgo por cambio de residencia y demás estipulaciones

1.8. Beneficios Adicionales

Además de las coberturas básicas antes descritas, esta póliza podrá cubrir otros beneficios, los cuales deberán estar expresamente señalados en las condiciones particulares de la póliza y tener adherido el respectivo aditamento debidamente firmado por persona autorizada y que se paguen las primas correspondientes a estos beneficios.

1.9. Indemnización diaria por Hospitalización

Esta cobertura otorga una indemnización diaria durante el tiempo en que el asegurado se encuentre hospitalizado a consecuencia de un accidente. El inicio del pago de la indemnización será a partir del 2do. día de hospitalización siempre y cuando el asegurado haya sido clasificado como paciente interno y las causas de la hospitalización hayan sido verificadas a satisfacción por Mundial, siendo su estancia continua mayor de las 24 horas en un hospital o sanatorio.

La responsabilidad de la Compañía terminara en la fecha en que el asegurado sea dado del hospital, por lo que no se reembolsara gastos que se realicen posteriormente a la fecha de la alta. El pago de indemnización no excederá de 365 días contados a partir de la fecha en que se hospitalizo el asegurado.

2. PRIMAS

Para el pago de cualquier indemnización cubierta por esta Póliza se requerirá que, previamente, se haya pagado a la Compañía la prima convenida para el plazo de vigencia correspondiente. La Compañía podrá variar el valor de la prima en cada vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza que corresponda por la misma.

NOTA DE ADVERTENCIA

De acuerdo con el artículo 41 de la Ley 59 de 29 de julio de 1996 que reglamenta las entidades aseguradoras, le informamos que esta póliza quedará sin efecto diez (10) días hábiles después de la fecha en que el aviso de su cancelación por morosidad haya sido enviado por escrito al Contratante a su dirección fijada en la póliza.

3. INICIO DE VIGENCIA, PERIODO CUBIERTO Y RENOVACIONES

La Póliza no entrará en vigor sino a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares y siempre y cuando la Compañía haya evaluado y aceptado el riesgo, y se haya pagado la prima convenida. En todo caso, el pago deberá ser recibido en las oficinas de la MAPFRE PANAMÁ

Las fechas de renovación se determinan por la frecuencia en que venzan los pagos de las primas. La frecuencia del pago de la prima durante el término original de esta Póliza, se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. Una prima anual mantendrá esta póliza en vigencia durante doce (12) meses, una prima semi-anual durante seis (6) meses, una prima trimestral durante tres (3) meses, y una prima mensual durante un (1) mes.

Esta póliza puede ser renovada para términos sucesivos en las fechas de renovación previo consentimiento, por escrito, de la Compañía para ese período, y el pago de la prima que se establezca al principio de cada período. Cualquier suma de dinero que, con posterioridad al vencimiento de la vigencia de la póliza (incluyendo la de sus renovaciones), sean recibidas por la Compañía por razón de la existencia de la misma, y mientras no haya sido renovada o prorrogada su vigencia para un nuevo período conforme a lo aquí convenido, ÚNICAMENTE dará derecho al Contratante o al Asegurado o al(os) Beneficiario(s) designado(s), según corresponda y en caso de siniestro, a la devolución de dicha suma de dinero. En ningún caso la recepción de dicha suma de dinero en las oficinas de la Compañía se entenderá como una aceptación tácita de parte de esta última de renovar o prorrogar la vigencia de la póliza, o de aceptar dar cobertura de seguro por o a cualesquiera riesgos asegurables relacionados con dicho recibo.

4. RECLAMACIONES

4.1. Obligaciones a cargo del Asegurado ó Beneficiario en caso de Accidente

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán a La Compañía el acaecimiento del siniestro dentro de los quince (15) días de conocerlo, bajo la pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia y están obligados a suministrar a La Compañía, a su pedido, toda la información que sea necesaria para verificar los hechos.

En especial el Asegurado o los beneficiarios deberán presentar:

a) En caso de muerte, la documentación pertinente y la documentación del derecho de los reclamantes que incluye: el certificado de defunción firmado por la autoridad competente, que indique por lo menos el nombre, edad y domicilio del asegurado, fecha y lugar del accidente y circunstancias de la muerte si son diferentes, así como los datos de los testigos si los hubiese.

Si la muerte sobreviene por causa de un homicidio culposo, el beneficiario deberá suministrar a la Compañía, el documento original, o una copia autenticada de la sentencia ejecutoria del tribunal correspondiente.

b) En caso de invalidez total y permanente o lesiones corporales y desmembramiento, la documentación pertinente que incluya la orden de alta y los certificados que acrediten las lesiones corporales sufridas, desmembramiento o el grado de invalidez definitiva. Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a La Compañía un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por El Asegurado, sus consecuencias conocidas o presumidas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá a La Compañía cada quince (15) días, certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.

El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos de La Compañía cada vez que ésta los solicite. Los médicos asesores de la Compañía tendrán acceso a los hospitales, cuadrículas, pruebas, documentos y demás que sean necesarios para ejercer su función de verificadores, asesores y administradores del riesgo.

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

c) Cualquier otro documento o acción que la Compañía requiera, así como todo lo establecido en el punto "4.6. Derecho de Subrogación" de esta póliza.

4.2. Autopsia o Exhumación

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de La Compañía, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

4.3. Valuación por Peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro

de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencias el tercero deberá presentar su informe dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a las autoridades sanitarias correspondientes. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

4.4. Cumplimiento de la Prestación de la Compañía

El pago se hará dentro de los 30 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 4.1. y 4.2. de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

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

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

4.5. Caducidad por incumplimiento de obligaciones y cargos

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

4.6. Derecho de subrogación

La Compañía tiene el derecho de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos en base a los beneficios establecidos en la presente póliza, 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 ara dichas lesiones. La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los 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.
- b) No tomen ni hayan tomado acción alguna que pueda perjudicar los derechos subrogados.
- 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.

5. EXCLUSIONES Y EXCEPCIONES

Esta Póliza no cubre las pérdidas económicas sufridas por el Asegurado como consecuencia de:

- a) Enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las transmitidas por la picadura de insectos, salvo las que estén afiliadas a la definición de lesión corporal.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares o por efectos de energía nuclear de cualquier forma; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, por lesiones causadas por enfermedad o desorden mental y de operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto en el caso de que éstos dos últimos sean consecuencia de un accidente.
- c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen o dolosamente o con culpa grave en la persona del Asegurado o que éste sufra en empresa criminal, homicidio intencional o por cualquier intento del mismo.
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, o por estado de embriaguez o por estar El Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes que ocurran mientras El Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f) Accidentes sufridos durante la participación en entretenimientos o deportes, con excepción de los siguientes: Juegos de salón, práctica normal y no profesional del: atletismo, basketball, bolos, caza menor, ciclismo, deportes náuticos a vela o motor por ríos o lagos o en el mar abierto a menos de 12 millas de la costa, equitación, esgrima, excursiones por las montañas por carretera o senderos, gimnasia, golf, hand-ball, natación, patinaje que no sea sobre ruedas en línea, pesca, remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, volleyball o waterpolo.
- g) Los accidentes que ocurran durante el ascenso, vuelo o descenso derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- h) Los accidentes causados por actos de guerra declarada o no, civil o internacional o por hechos de guerrilla o rebelión, por motín o tumulto popular, terrorismo, huelga cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- i) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos de carácter catastróficos.
- j) Suicidio o lesiones intencionalmente auto inflingidas.

k) Accidentes, lesiones corporales, desmembramiento o enfermedades resultantes o por la intervención o bajo la influencia directa o indirecta de condición(es) preexistente(s) a la vigencia de la Póliza.

l) Accidentes sufridos estando en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas enervantes, depresivas, alucinógenas o que disminuyan las habilidades motoras del Asegurado, salvo aquellas prescritas por un médico idóneo, o bajo los efectos del abuso de cualquier sustancia.

m) Accidentes sufridos durante la ejecución de actos ilegales llevados a cabo por el Asegurado, sus herederos, el(os) Beneficiario(s), o durante la ejecución de actos delictivos en contra del Asegurado o de sus bienes.

6. DEFINICIONES

Para los efectos de la Póliza, al utilizarse cualquiera de las palabras que más adelante se detallan, ellas tendrán el significado que les sigue a continuación.

PÓLIZA: es el contrato de seguro formado por el formulario de solicitud de seguro y la información en el contenida, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Aditamentos o modificaciones que se le agreguen.

ACCIDENTE: es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del Asegurado o del Contratante de la Póliza si es persona distinta de aquel, o de la de cualquier otra persona, que, estando en vigencia la póliza, cause una o más lesiones corporales al Asegurado, susceptibles de ser determinadas como tales por un médico idóneo.

ASEGURADO: es el que aparece designado como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza y que puede ser el propio Contratante.

CONTRATANTE: es quien firma como el Solicitante en el formulario de solicitud de seguro y con la cual la Compañía ha convenido en emitir la póliza.

LESIÓN CORPORAL: es el daño o detrimento sufrido en el cuerpo del Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto bajo esta Póliza que, en ausencia del tratamiento médico adecuado, ponga en peligro la salud, la integridad física o la vida del Asegurado. Para efectos de la Póliza y sujeto a la definición de "**ACCIDENTE**", serán considerada como consecuencia de tales:

- a) Las asfixia o intoxicación por aspiración involuntaria de gases o vapores; por inmersión, electrocución o por obstrucción de las vías respiratorias que no sea resultado de una enfermedad.
- b) La intoxicación o envenenamiento por la ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
- c) Picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos.
- d) Quemaduras producidas por cualquier agente.
- e) El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones, cuando sean de origen traumático.

f) La rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, "tendinosas" (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino "y al diagnóstico".

g) La muerte del Asegurado causada por accidente cubierto bajo la Póliza.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: es el estado, condición, enfermedad o lesión corporal, visibles o no, que sufra o que haya sufrido el Asegurado, cuyos síntomas o indicios reveladores de su existencia conforme a la información médica, científica o académica existente, se hayan manifestado por primera vez o que haya sido tratada médicamente (ya por intervención quirúrgica, tratamiento o consulta médica, farmacéutica o de cualquier otra índole), con anterioridad a la fecha de vigencia de la Póliza y no declarada en la solicitud.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: es el estado o la condición adquirida como resultado de una lesión corporal, sufrida en el evento de un accidente, que disminuye en la persona del Asegurado, en forma definitiva y permanente y en un 100%, la capacidad para llevar a cabo la ocupación o actividad económica a que se dedique habitualmente y de la cual provienen la mayoría de sus ingresos. El Asegurado deberá permanecer en este estado por un período de tiempo no menor a seis (6) meses consecutivos para que, bajo la Póliza, se considere que ha adquirido el estado de Invalidez Total y Permanente.

SUMA ASEGURADA: es el límite máximo acumulativo de responsabilidad económica de riesgo que asume la Compañía bajo la Póliza.

PRIMA CONVENIDA: es la prima a pagar por el Asegurado por el período de cobertura de seguro que se indica en la Condiciones Particulares.

PERIODO DE ELIMINACION: es el período contado a partir de la fecha del accidente por el cual no se hace ningún pago.

OCUPACIÓN DEL ASEGURADO: es la actividad económica a la cual el Asegurado se dedica habitualmente y de la cual se deriva la mayoría de sus ingresos.

RESIDENCIA FUERA DEL PAÍS: cuando el Asegurado permanezca por más de treinta (30) días consecutivos en el territorio de otro país, distinto al de la República de Panamá, se considerará que se encuentra residiendo en dicho país.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO: es el resultado del acaecimiento de hechos que de haber existido al tiempo de la celebración de este contrato de seguro, hubieren podido influir de modo directo en su existencia o en los términos y condiciones del mismo de acuerdo a las reglas de suscripción de la Compañía.

ESTADO DE EMBRIAGUEZ: Para los efectos de esta póliza, un asegurado se encuentra en Estado de Embriaguez cuando: a) El reporte de la autoridad de policía indique que presentaba aliento alcohólico; o b) Los facultativos que brinden asistencia médica hayan concluido que se encontraba en ese estado o, a falta de conclusión, que señalen que

presentaba aliento alcohólico; o c) El examen de alcoholemia revele una concentración de alcohol de 100 ml/dl o más, o su equivalente en la respiración, al momento del accidente.

HOMICIDIO: significa la muerte del Asegurado causada por hechos de otra persona. **Homicidio doloso**, es aquel en el cual la persona actúa queriendo causar la muerte del Asegurado, o cuando actúa previendo que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos y los ejecuta a pesar de dicha posibilidad, tal como lo establecen los artículos 31, 131 y 132 del Código Penal de la República de Panamá. Y **Homicidio culposo** es aquel en el cual la persona actúa sin prever que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos, aún cuando la posibilidad de dicha consecuencia es previsible, y el causante los ejecuta sin observar el deber de cuidado que le incumbe, tal como lo establecen los artículos 32 y 133 del Código Penal de la República de Panamá.

LESIONES CORPORALES CULPOSAS: aquellas causadas por hechos del causante, que no sea ni el Contratante ni el Asegurado, que actúa sin prever que el daño corporal o psíquico al Asegurado será una consecuencia posible de sus actos, aún cuando la posibilidad de dicha consecuencia es previsible, y el causante los ejecuta sin observar el deber de cuidado que le incumbe, tal como lo establecen los artículos 32 y 139 del Código Penal de la República de Panamá.

7. DISPOSICIONES ADICIONALES

7.1. Agravación del Riesgo Asegurado

El Asegurado notificará a la Compañía las agravaciones del riesgo que se pudieran causar por un hecho suyo, antes de que se produzca el hecho, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

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

- a) Fijación de residencia fuera del país.
- b) Cambio de ocupación.
- c) Trabajo por compensación que involucre una ocupación más peligrosa.

Si el Asegurado sufre una pérdida después de que haya fijado su residencia fuera del país, o si el Asegurado sufre una pérdida después que haya cambiado de ocupación hacia una clasificada por la Compañía como más peligrosa a la que tenía antes y por la cual se pagó la prima, o si el asegurado sufre una pérdida mientras hacía un trabajo por compensación que involucre una ocupación más peligrosa, la

Compañía sólo pagará la proporción de los beneficios amparados por esta póliza según lo que cubran las Primas Pagadas y dentro de los límites de la ocupación más peligrosa.

7.2. Omisiones

Toda declaración falsa o declaración inexacta o incompleta u omisión en la solicitud, voluntaria o no, de circunstancias conocidas por el Asegurado o el Contratante, aún hechas

de buena fe, que hubiesen resultado en una agravación del riesgo si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado de éste, hace nula la Póliza desde su inicio y quedará exenta del pago de cualquier reclamación.

La Compañía anulará la Póliza, teniendo derecho a las primas por los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la omisión o falsa declaración, más los gastos legales en que incurra en el proceso correspondiente.

7.3. Designación y Cambio de Beneficiarios.

7.4. Rescisión Unilateral del Contrato.

La Compañía podrá modificar esta Póliza o cualquiera de sus anexos unilateralmente en cualquier fecha de sus anexos unilateralmente en cualquier fecha previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, así como notificación por escrito con 30 días de anticipación al Contratante. De no aceptar el Contratante las modificaciones realizadas, se aplicarán las disposiciones de la Póliza relativas a la cancelación del contrato.

El Asegurado tiene derecho a rescindir el presente contrato, sin expresar causa y la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente su decisión.

Si el Asegurado opta por la rescisión, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo. En caso de rescindirse el contrato después de haber incurrido durante la vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por lesiones corporales, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de lesiones corporales reconocida.

7.5. Prescripción

Cumplido el plazo de un año posterior a la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre del compromiso de pagar las indemnizaciones correspondientes al mismo, a menos que estuviera en tramitación una acción legal relacionada con la reclamación y que justifique la espera del reclamo.

7.6. Solución de Controversias.

El Contratante o el Asegurado Principal, y cualquier otro Asegurado llegado el caso, y LA COMPAÑÍA se someterán a la jurisdicción de los tribunales de la República de Panamá para resolver controversias, desacuerdos, conflictos que surjan entre ellos en relación con esta Póliza. No obstante, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo someter sus controversias o arbitraje o arbitrio, si los consideran conveniente a sus intereses.