



**PLAN DE VIDA UNIVERSAL
VIDA SEGURA
CONDICIONES GENERALES**

Esta póliza se emite en base a la solicitud de Seguro, cuya copia se adjunta, formando parte integral de este Contrato de Seguro, y en consideración al pago adelantado de la Prima Inicial convenida, condición sin la cual el presente Contrato no entrará en vigencia.

Las Primas Adicionales para cualesquiera contratos suplementarios a esta Póliza deberán ser pagadas en la misma fecha de pago de las Primas Periódicas Planeadas. El pago de dichas primas se efectuará hasta la terminación de tales contratos suplementarios y de acuerdo con los términos y condiciones de los mismos.

1. PARTES:

Son partes de este Contrato de Seguro ASSA Compañía de Seguros S.A., en adelante la Compañía, el Contratante y el Asegurado indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. RIESGOS CUBIERTOS BENEFICIOS EN CASO DE SUPERVIVENCIA Y FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO:

Esta Póliza comprenden los siguientes beneficios:

- a. Una protección en caso de supervivencia por medio de la acumulación de fondos de los cuales el Contratante puede disponer de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta Póliza.
- b. Una indemnización pagadera a los beneficiarios designados en caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con los montos, términos y condiciones que se detallan en esta Póliza.

3. DEFINICIONES:

Para efectos de este Contrato de Seguro, los términos que a continuación se señalan tendrán los siguientes significados:

Beneficiarios: Es la persona natural o jurídica a quien la Compañía entregará el monto del Seguro a la muerte del Asegurado. Es la persona natural o jurídica a quien el Contratante ha designado en los formularios de la Compañía, como la que recibirá el producto de la Póliza en caso de muerte del Asegurado, sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza.

Costo del Seguro: Es el precio que la Compañía cobrará al Contratante por la cobertura otorgada al Asegurado, y que tiene como fundamento las bases técnicas de la Póliza, la Selección y Evaluación del Riesgo.

Costo Máximo Garantizado: Es el precio máximo que cobraría la Compañía, en el peor de los casos, si la mortalidad real superara la mortalidad corriente o proyectada.

Deducción Mensual: Constituye el costo mensual del Seguro más el costo mensual de cualquier contrato suplementario adicional, más los cargos sobre Prima Básica y Monto Especificado, los gastos fijos mensuales, más los cargos por los incrementos en las sumas aseguradas.

Edad: Es la edad cumplida por el Asegurado en la Fecha Efectiva de la Póliza.

Edad Alcanzada: Es la edad del Asegurado al inicio de cada mes póliza.

Fecha Efectiva: Es la fecha de inicio para toda la cobertura prevista en la Póliza al momento de su contratación, la cual será indicada en las Condiciones Particulares. Para toda cobertura adicional, la fecha efectiva será el día del aniversario mensual de la Póliza que coincida o que le siga a la fecha en que la cobertura adicional fuera aprobada por la Compañía.

Mes Póliza: Es cada período comprendido entre el día coincidente con el día de la fecha efectiva de la póliza y el mismo día del mes próximo. Cada mes póliza, por lo tanto, comienza el mismo día coincidente con el día de inicio de la póliza.

Fecha de Vencimiento: Es la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

Monto del Seguro: Constituye el beneficio que la Compañía pagará al Beneficiario a la muerte del Asegurado, el cual se calculará según se indica en la cláusula décimo quinta de esta Póliza.

Monto Especificado Inicial: Es la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares elegida por el Contratante como beneficio inicial y aprobada por la Compañía.

Monto Especificado Final: Es la Suma Asegurada que resulte de los aumentos y disminuciones al Monto Especificado Inicial. El Monto Especificado Final nunca será inferior al mínimo permitido por la Compañía para cada tipo de plan.

Plan A: Es aquel plan de Seguro en el cual el Monto Especificado, en caso de muerte, incluye al Valor Efectivo Acumulado.

Plan B: Es aquel plan de Seguro en el cual el Valor Efectivo Acumulado es adicional al Monto Especificado en caso de muerte.

Prima Inicial: Es la primera prima, cuyo pago da inicio a la cobertura de la Póliza, y que en ningún caso será menor al Costo del Seguro del Monto Especificado Inicial y los cargos del primer año.

Prima Básica: Es la prima que figura en las Condiciones Particulares y que corresponde al Costo del Seguro del Monto Especificado Inicial, a la Fecha de Vencimiento, a la clasificación del riesgo y a las coberturas adicionales contratadas.

Prima Periódica Planeada: Es la prima pactada originalmente entre las partes y detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Primas No Planeadas: El Contratante puede hacer pagos no planeados originalmente por su propio deseo e iniciativa. Estos pagos serán considerados como Primas No Planeadas.

Valor Acumulado Corriente: Constituye los valores de reserva generados acumulativamente bajo la Póliza, calculados según se indica en esta Póliza.

Valor Efectivo Corriente: Constituye el Valor Acumulado Corriente menos los cargos por rescate. Estos valores son los ahorros disponibles para uso del Contratante. Los mismos pueden ser rescatados totalmente, parcialmente o usados para pedir préstamos. Para hacer uso de estos derechos el Contratante deberá sujetarse a las condiciones estipuladas en esta Póliza. Al calcular los mismos la Compañía usará la tasa de interés corriente que puede ser mayor o igual a la tasa de interés garantizada.

4. PAGO DE BENEFICIOS:

Al fallecimiento del Asegurado, y antes de la fecha de vencimiento de la presente Póliza, la Compañía pagará al beneficiario el monto del Seguro, menos cualesquiera sumas que se adeuden a la Compañía en concepto de préstamos, intereses, gastos, primas, deducciones o en cualquier otro concepto, menos cualquier rescate parcial que hubiese tenido efecto. Para el pago del monto del Seguro, deberá el beneficiario presentar y entregar a la Compañía pruebas que acrediten fehacientemente y a la satisfacción de la Compañía, la muerte del Asegurado y la causa de la misma, así como la existencia de la Póliza. Para que ésta tenga validez, debe estar vigente al fallecimiento del Asegurado.

Cualquier pago bajo la presente Póliza se efectuará en las oficinas de la Compañía en la República de Panamá.

El o los pagos se efectuarán de acuerdo con lo establecido en la cláusula sexta.

5. LIQUIDACIÓN AL VENCIMIENTO:

Si estando esta póliza en vigor, el Asegurado alcanza con vida la Fecha de Vencimiento de la misma, la Compañía pagará al Asegurado el saldo del Valor Efectivo Corriente, menos cualesquiera sumas que se adeuden a la Compañía en concepto de préstamos, intereses, gastos, primas, deducciones o en cualquier otro concepto.

El o los pagos se efectuarán de acuerdo con lo establecido en la cláusula sexta.

6. FORMA DE PAGO DE LOS BENEFICIOS:

Pago Único: La Compañía pagará en un pago único el importe correspondiente al beneficio por fallecimiento o el Valor Efectivo Corriente a la Fecha de Vencimiento a cada uno de los beneficiarios instituidos o al Asegurado, según corresponda.

7. BENEFICIARIO:

El Contratante designará al (los) beneficiario (s) en la Solicitud del Seguro, pudiendo indicar en la misma que éste (os) no podrá (n) ser cambiado (s). De no haber hecho esta indicación, el Contratante lo podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a la Compañía haciendo uso de los formularios que la Compañía suministre para tales efectos. El cambio de beneficiario será efectivo en la fecha de aprobación de dicho cambio en los libros y sistemas de la Compañía. Con antelación a dicha fecha de aprobación, la Compañía no será responsable por continuar tomando como correctos los beneficiarios nombrados con anterioridad.

El monto del Seguro será pagado al (los) beneficiario (s) cuya designación se encuentre en vigor al fallecimiento del Asegurado. Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales. Sólo en el evento de que los beneficiarios principales no vivieran, no quisieran o no pudieran recibir el Monto del Seguro, podrán los beneficiarios contingentes, recibir dicho pago. Si uno de los beneficiarios contingentes no viviera o no pudiera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios contingentes en partes iguales salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara. En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuar el pago, la Compañía se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante tribunal competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirla, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad con los beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización. Si no hubiere ningún beneficiario con vida, a no ser que se indique lo contrario, el pago se consignará ante un Tribunal competente a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirlo.

8. CONTROL DE LA POLIZA:

El Contratante a menos que se estipule lo contrario, el control o derecho a reclamar y hacer valer las acciones y privilegios derivados de la presente Póliza durante la vida del Asegurado, será ejercido de la siguiente forma:

a. Mientras el Asegurado sea menor de edad, el control será ejercido en primera instancia por el Contratante, y en su defecto, y en el orden que a continuación se establece, por quien ejerza la patria potestad sobre el menor, por el beneficiario, y por los herederos legales del Asegurado, sujeto a que estas personas tengan un interés asegurable sobre la vida del Asegurado y acepten cumplir con los términos y condiciones del presente contrato. Sólo en ausencia de las personas arriba mencionadas, el control lo ejercerá el propio Asegurado.

b. Luego de haber alcanzado la mayoría de edad, el Asegurado podrá ejercer el control de la póliza si el contratante le cede los derechos y pasaría a ser el nuevo Contratante.

c. Cuando el Asegurado no es el Contratante, si el Contratante fallece, se extingue o incurre en una situación falencial, según se trate de persona física o jurídica, se considera que el Contratante es el Asegurado.

9. DISPUTABILIDAD E INDISPUTABILIDAD:

a. Respecto a la póliza

La misma será disputable por la Compañía durante los dos (2) años siguientes a la Fecha Efectiva o de cualquier Rehabilitación, si a su juicio ha mediado omisión, declaración inexacta u ocultamiento de información relevante al riesgo por parte del Contratante y/o el Asegurado.

b. Respecto al Monto Especificado Inicial

Transcurrido el término de dos (2) años contados a partir de la Fecha Efectiva de la póliza o de cualquier Rehabilitación, el monto especificado inicial será indisputable por la compañía, excepto por falta de pago de las primas.

c. **Respecto al Monto Especificado Adicional**

El monto del seguro adicional será disputable por la compañía durante los dos (2) años siguientes a la fecha efectiva de ese aumento del monto especificado adicional o de cualquier Rehabilitación, si a su juicio ha mediado omisión, declaración inexacta u ocultamiento de información relevante al riesgo por parte del Contratante y/o Asegurado.

Cualquier monto será disputable por la Compañía durante los dos (2) años siguientes a la fecha efectiva si a su juicio ha mediado omisión, declaración inexacta u ocultamiento de información relevante al riesgo por parte del contratante y/o el Asegurado.

Cualquier Contrato Suplementario a esta Póliza que se otorgue beneficios por Incapacidad, Accidentes o Enfermedades Graves, será disputable en cualquier tiempo durante toda la vigencia del presente contrato, a partir de su fecha efectiva o de la fecha de su última rehabilitación.

10. 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 o de cualquiera rehabilitación de la Póliza de Seguro, bajo este Contrato se limitará a una cantidad igual al valor efectivo acumulado.

Para aumentos adicionales al monto especificado inicial, la Compañía iniciará a contar el plazo de los dos (2) años, solamente con respecto a tal aumento, a partir de la fecha efectiva de dicha cobertura adicional; en caso de ocurrir el suicidio dentro del término de dos (2) años contados a partir de la fecha efectiva del aumento, la compañía pagará al Beneficiario, con respecto a tal aumento, sólo el Valor Efectivo Acumulado.

11. DECLARACIÓN ERRÓNEA DE EDAD:

El monto del Seguro podría cambiar si la edad del Asegurado ha sido indicada erróneamente en la solicitud de Seguro. La cantidad a pagar al beneficiario será aquella que la última Deducción Mensual efectuada le hubiera permitido comprar, de acuerdo con la edad correcta del Asegurado. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho de la compañía de declarar la nulidad del contrato, si por razón de la edad correcta del Asegurado la Compañía hubiese tenido que exigir requisitos de asegurabilidad adicionales al emitir la Póliza, en cuyo caso el Contratante solamente tendría derecho a exigir de la Compañía la devolución de las primas pagadas.

12. ANIVERSARIOS DE LA PÓLIZA:

Los aniversarios mensuales y anuales de la Póliza se determinarán a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza.

13. CESIÓN:

Ninguna cesión de derechos o beneficios bajo la presente póliza será oponible a la Compañía hasta tanto le sea notificada por el Contratante en forma escrita, haciendo uso de los formularios que para tal efecto provea la Compañía, donde conste la firma del Contratante. La Compañía no asume responsabilidad alguna por la autenticidad o suficiencia de los términos del documento de cesión.

14. PRIMAS PERIÓDICAS PLANEADA Y PRIMAS NO PLANEADAS:

Las Primas Periódicas Planeadas serán pagadas por adelantado en las oficinas de la Compañía a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza por los montos y en los intervalos de tiempos seleccionados. El Contratante, haciendo uso de los formularios que para tal efecto le suministre la Compañía, podrá solicitar que se modifique la frecuencia o monto de las primas periódicas planeadas. La Compañía se reserva el derecho de limitar cualquier aumento en la cantidad a pagar.

15. MONTO DEL SEGURO:

El monto del Seguro bajo la presente Póliza será el siguiente:

1. Si se trata de un Plan A, el monto del Seguro será la mayor suma entre:
 - a. El (los) monto (s) especificado (s) final (es), o
 - b. El ciento diez por ciento (110%) del Valor Acumulado Corriente.
2. Si se trata de un Plan B, el monto del Seguro será la mayor suma entre:
 - a. El (los) monto (s) especificado (s) final (es), más el Valor Acumulado Corriente, o
 - b. El ciento diez por ciento (110%) del Valor Acumulado Corriente.

Del monto del seguro obtenido la Compañía deducirá todo préstamo sobre la Póliza, sus respectivos intereses y toda deducción mensual no pagada o un prorrateo de las deducciones mensuales adeudadas con anterioridad a la muerte del Asegurado.

16. CAMBIOS EN LA COBERTURA:

En cualquier momento después del primer año de vigencia de esta Póliza, la cobertura existente podrá ser aumentada o disminuida a solicitud escrita del Contratante, sujeto a las siguientes condiciones:

1. Cualquier disminución se hará efectiva en la fecha de aniversario mensual que coincida o que le siga al recibo, de la solicitud escrita, por parte de la Compañía. Toda disminución se efectuará en el siguiente orden:
 - i. Del último aumento del monto especificado, si lo hubiera.
 - ii. Y así sucesivamente, de los próximos aumentos si los hubiera.
 - iii. Del monto especificado inicial.
2. El (los) monto (s) especificado (s) vigente (s) en todo momento deberá (n) ser por lo menos igual (es) al mínimo requerido por la Compañía para este tipo de plan.
3. A fin de que sea efectivo el aumento, el Asegurado deberá ser asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía. Todo aumento aprobado por la Compañía se hará efectivo en la fecha indicada en el endoso correspondiente, sujeto al pago o a la deducción del costo del Seguro para el primer mes.

17. CAMBIO DE OPCIÓN:

El Asegurado podrá cambiar la opción del presente plan por la otra opción del plan de Seguro, sujeto a la aprobación de la Compañía.

En este caso:

1. Cambio de un Plan A para un Plan B

En este caso el nuevo monto especificado corresponderá al monto especificado final del Plan A, menos el Valor Efectivo Acumulado al momento del cambio.

2. Cambio de un Plan B para un Plan A

En este caso el nuevo monto especificado será igual al monto especificado al final del Plan B

18. PRÉSTAMO EN EFECTIVO:

La Compañía prestará hasta el 80% del Valor Efectivo Corriente, con los valores de la Póliza como garantía, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. La Póliza debe haberse mantenido vigente al menos por un año.
- b. El monto del préstamo no excederá el 80% del Valor Efectivo Corriente a la fecha de la solicitud de préstamo
- c. El Contratante deberá firmar el contrato de préstamo y ceder los valores de la Póliza como garantía de cumplimiento, de modo que la Compañía pueda cobrarse las Sumas Adeudadas de los Valores de la Póliza, en caso de que el Asegurado falleciera o el Contratante incumpliese sus pagos o abandonase la Póliza en la fecha anterior a la cancelación del préstamo.
- d. En el orden que a continuación se señala, la Compañía aplicará los dineros procedentes del préstamo al pago de lo siguiente:
 - i. Toda prima que no haya sido pagada a lo largo del año de la Póliza.
 - ii. Todo préstamo existente garantizado por la Póliza.
 - iii. Intereses adeudados que no haya pagado sobre este préstamo al próximo aniversario de la Póliza.

La Compañía podrá diferir el otorgamiento del préstamo en efectivo hasta por el término de seis (6) meses contando a partir de la fecha en que se recibió la solicitud del préstamo.

19. INTERÉS Y REINTEGRO:

Los intereses generados por préstamos otorgados bajo la Póliza se cobrarán por vencido en cada mes aniversario de la Póliza. La tasa de interés anual será ajustable al interés corriente más un 2%. Los intereses no pagados en la fecha de vencimiento del préstamo se abonarán a capital y devengarán intereses a la misma tasa. Cualquier préstamo podrá ser reintegrado en todo o en parte durante la vida del Asegurado y mientras esta Póliza esté en vigencia. Si la Póliza no tuviera vigencia, no se podrá hacer ningún reintegro por préstamo hasta que la misma sea rehabilitada. La falta de pago de las sumas adeudadas en concepto de capital o intereses no causará la terminación de esta Póliza, a no ser que el monto del préstamo más los intereses igual o exceda el Valor Efectivo Corriente. Cuando esto ocurra, la Compañía procederá de conformidad con lo dispuesto en la cláusula trigésima segunda de este Contrato.

20. VALOR ACUMULADO CORRIENTE:

El Valor Efectivo Acumulado a la fecha efectiva de la Póliza representa la Prima Inicial indicada en las condiciones particulares, menos el gasto administrativo definido en las Condiciones Particulares para el primer año, menos la deducción mensual más el interés de un mes aplicado a la Prima Inicial deducido el gasto administrativo. En cada fecha de aniversario mensual de la Póliza, el Valor Acumulado Corriente será calculado como (1) más (2) menos (3) más (4), de donde:

(1) Es el Valor Acumulado Corriente en la fecha de aniversario mensual que antecede.

- (2) Es la suma de todas las primas recibidas desde la fecha de aniversario mensual que antecede menos el porcentaje de gasto administrativo según el año de vigencia de la póliza.
- (3) Es la deducción mensual por el mes corriente desde la última fecha de aniversario mensual.
- (4) Es el valor de un mes de interés sobre (1) y (2) desde la fecha de recibo hasta la fecha de aniversario mensual.

Para la determinación del Valor Acumulado Corriente en cualquier otra fecha que no sea la fecha de aniversario mensual, el cálculo será (1) más (2) menos (3) más (4), de dónde:

- (1) Es el Valor Acumulado Corriente a la fecha de aniversario mensual que antecede.
- (2) Es la Suma de todas las primas recibidas desde la fecha de aniversario mensual que antecede, menos el porcentaje de gasto administrativo según el año de vigencia de la póliza.
- (3) Es el prorrateo de la deducción mensual por la porción del mes transcurrido desde la última fecha de aniversario mensual que antecede.
- (4) Es el interés sobre (1) y (2) en la fecha en que se está calculando el Valor Acumulado Corriente.

21. LA DEDUCCIÓN MENSUAL:

La deducción mensual incluye los Cargos Fijos Mensuales, los calculados en base a la Prima Básica y los calculados en base al Monto Especificado, al igual que los costos de las coberturas, más los cargos por los incrementos en sumas aseguradas.

A los efectos de aplicar los cargos sobre Prima Básica, todos los pagos de primas se destinan primero, a cancelar la Prima Básica correspondiente al año.

Si en un año póliza no se cancela la totalidad de la Prima Básica, los pagos de primas posteriores se considerarán como si fuesen pagos de dicho año póliza hasta completar el importe de los cargos correspondientes.

22. TASAS DE INTERÉS GARANTIZADA:

Para efectos del cálculo del Valor Acumulado la tasa de interés garantizada será de 0.3274% de interés compuesto mensual, lo que es equivalente al 4% de interés compuesto anual. La Compañía podrá acordar una tasa mayor basándose en sus estimaciones.

23. BASE PARA LOS CÁLCULOS:

Los Valores Acumulados y las reservas serán calculados en base a la tabla CSO 2001, a la edad del Asegurado, los cargos y los rendimientos transferidos.

24. COSTO DEL SEGURO:

Para efectos del cálculo de la deducción mensual, el costo del Seguro para cualquier mes se determinará separadamente para cada monto especificado. Tal costo se calcula como (1) multiplicado por (2), de donde:

- (1) Es la tarifa de Seguro la cual se basa en la tabla CSO 2001.
- (2) Es el monto de riesgo para el monto especificado en la fecha de aniversario mensual de la Póliza.

25. COSTOS DE LAS TARIFAS DE SEGUROS:

Las tarifas para el costo mensual de seguro serán determinadas por la Compañía en base a la edad alcanzada y la clasificación personal del Asegurado. Los cambios en las tarifas del Costo del Seguro se aplicarán a todos los asegurados que tengan una misma clasificación personal.

Bajo ninguna circunstancia, las tarifas del costo del Seguro excederán las tarifas del costo máximo garantizado que figuran en esta Póliza y que se basan en la tabla CSO 2001.

26. MONTO DEL RIESGO:

El monto del riesgo para un monto especificado en cada fecha de aniversario mensual de la Póliza se calcula como (1) menos (2), de donde:

(1) Es el monto del seguro en vigor en la fecha de aniversario mensual provista para el correspondiente monto específico.

(2) Es el Valor Acumulado Corriente en dicha fecha de aniversario mensual.

Si se hubieran efectuado aumentos al monto especificado inicial, el Valor Acumulado Corriente se usará en primer lugar para determinar el monto del riesgo para el monto especificado inicial. Si el Valor Acumulado Corriente excediese el monto especificado inicial, el excedente se utilizará para determinar el monto del riesgo para los aumentos al monto especificado inicial en el orden en que ocurrieron dichos aumentos.

27. RESCATE TOTAL Y VALOR DE RESCATE:

A partir del segundo año de vigencia de la Póliza y antes de la fecha de vencimiento, la misma podrá ser rescatada totalmente en cualquier fecha de aniversario mensual a solicitud escrita del Contratante y entrega de la respectiva Póliza. El valor de rescate se determinará deduciendo del Valor Acumulado Corriente cualquier adeudo y el cargo por rescate aplicable.

El valor de rescate será pagado en efectivo o en forma elegida por el Contratante de acuerdo con lo establecido el artículo sexto. La Compañía podrá diferir el pago de cualesquiera valores de rescate hasta por un período de seis (6) meses contados a partir del recibido de la solicitud de rescate.

28. CARGO POR RESCATE:

El cargo por rescate definido en las Condiciones Particulares se determinará para el Monto Especificado Inicial y Adicional de manera separada. El mismo será aplicado según los años de vigencia, contados desde la vigencia de la Póliza para el Monto Especificado Inicial y para el Monto Especificado Adicional desde la fecha efectiva del mismo. El cargo por Rescate no se aplicará cuando el Asegurado Principal tenga más de ochenta (80) años de edad.

29. RESCATE PARCIAL:

A partir del segundo año de vigencia de la Póliza y antes de la fecha de vencimiento, el Contratante podrá pedir el rescate parcial de la Póliza en cualquier fecha de aniversario mensual, mediante solicitud escrita dirigida a la Compañía. El rescate parcial se podrá solicitar por cualquier monto que exceda la suma de U\$100.00, pero que no exceda el Valor Efectivo Corriente menos las primas mínimas necesarias para

mantener la vigencia de la Póliza por un período mínimo de dos (2) meses a partir de la fecha del rescate parcial.

Cuando se efectúe un rescate parcial:

- (1) El monto del rescate parcial se deducirá del Valor Efectivo Corriente.
- (2) El monto del Seguro será reducido por el monto del rescate parcial.
- (3) El (los) monto (s) especificado (s) que se quedará (n) vigente (s) después de cada rescate parcial deberá (n) ser por lo menos igual al mínimo requerido por la Compañía para cada tipo de plan.

Por rescate parcial la Compañía cobrará un derecho de \$25.00. La Compañía podrá limitar el número de rescates parciales en cada año de vigencia de la Póliza. La Compañía podrá diferir el pago del rescate parcial hasta por un período de (6) seis meses contados a partir del recibo de la solicitud de rescate.

30. PERÍODO DE GRACIA:

La Compañía otorga al Contratante un período de gracia si en cualquier fecha de aniversario mensual de la Póliza el Valor Acumulado Corriente, menos cualquier adeudo, es insuficiente para cubrir la deducción mensual. En virtud de este período de gracia, el Contratante contará con sesenta y un (61) días calendarios contados a partir de la fecha de aniversario mensual para el pago de una prima suficiente para mantener la Póliza en vigor hasta el próximo día de aniversario mensual. La Compañía enviará al Contratante a la última dirección conocida o a su corredor un aviso por escrito notificando del período de gracia antes mencionado.

Si la prima no se pagara durante el período de gracia, se procederá a la Suspensión de Cobertura de sesenta (60) días, conforme lo dispuesto en el artículo 156 de la ley 12 del 3 de Abril de 2012.

31. TERMINACIÓN:

Esta Póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. Cuando la Compañía reciba solicitud escrita del Contratante pidiendo la terminación del Contrato.**
- 2. Cuando el Asegurado fallezca.**
- 3. Cuando la Póliza llegue a su vencimiento; o**
- 4. Cuando venza el término de quince (15) días hábiles definido el artículo 161 de la ley 12 del 3 de abril de 2012.**
- 5. Si dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha efectiva de la Póliza, la Compañía comprueba que el Contratante y/o el Asegurado le ha omitido, declarando de manera inexacta u ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.**

32. REHABILITACIÓN:

En caso de cancelación de la Póliza por falta de pago, el Contratante podrá habilitarla en cualquier momento dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha de la cancelación, de acuerdo con los siguientes requisitos:

- a. El ex-Asegurado debe ser asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía.

- b. Toda rehabilitación debe ocurrir antes de la fecha de vencimiento de la Póliza
- c. El Contratante deberá pagar cualquier préstamo sobre la Póliza más los intereses adeudados desde la fecha de cancelación de la Póliza por falta de pago.
- d. El Contratante deberá hacer efectivo el pago de una prima suficiente para mantener la Póliza en vigor por un mínimo de tres (3) meses.
- e. La rehabilitación será efectiva a partir del día de aniversario mensual que siga a la fecha de aprobación de la rehabilitación.
- f. La tasa de interés para rehabilitar la Póliza será fijada de acuerdo con el interés bancario en la plaza, pero nunca será menor al interés corriente más un 2% sobre las primas que corresponda pagar. La Compañía podrá prescindir de este cargo, cuando lo considere conveniente o según su criterio.

33. FECHA DE VENCIMIENTO:

La Fecha de Vencimiento de la Póliza figurará en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá pagar las primas hasta la edad y por el momento que desee siempre y cuando las primas sean suficientes para mantener la Póliza en vigor.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato antes de la fecha de vencimiento debido a que el Contratante no pagó las primas que se requieren para cubrir las deducciones mensuales, o porque el Valor Acumulado Corriente no sea suficiente para mantener la cobertura de la Póliza.

La cobertura adicional pagadera con Valor Acumulado Corriente podrá terminar prematuramente como resultado de cambios en las tasas de intereses o en las tarifas de costo del seguro. Queda entendido que la Compañía no podrá variar el interés mínimo garantizado ni las tarifas del costo máximo garantizadas contenidas en la Póliza.

34. INFORME ANUAL:

La Compañía enviará al Contratante un informe anual que indicará el Valor Acumulado Corriente bajo la Póliza, el Valor Efectivo Corriente, las primas pagadas y los cargos hechos desde el último informe, con indicación de cualquier adeudo.

35. ENCABEZAMIENTOS:

El encabezamiento o título de cada una de las cláusulas de esta Póliza no tendrá relevancia cuando se trate de interpretar las mismas, pues ha sido empleado únicamente para facilitar su lectura y ubicación.

36. NORMATIVA APLICABLE PRELACIÓN:

Las partes se someten a las disposiciones de la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y a las del presente Contrato que la complementan o la modifican, cuando ello es admisible.

Forman parte integrante de este Contrato los siguientes elementos y en el orden de prelación que se establece a continuación:

1. Los Endosos Modificatorios, que según el número de orden, predominan los últimos sobre los primeros
2. Las Condiciones Particulares
3. Los Contratos Suplementarios
4. Estas Condiciones Generales
5. La Solicitud del Seguro, sus modificaciones posteriores y las declaraciones del Contratante y/o Asegurado formuladas con motivo de la celebración del Contrato como así también los exámenes complementarios realizados al Asegurado.
6. Las partes acuerdan someter sus controversias a la decisión de los tribunales competentes de la República de Panamá.

37. ACEPTACIÓN

Las partes aceptan los términos y condiciones de este Contrato.

CONTRATOS SUPLEMENTARIOS

Los siguientes Contratos Suplementarios (Beneficios Adicionales) están sujetos al pago de la prima adicional por cada uno, excepto el Beneficio para el Cuidado del Asegurado, el cual se otorga sin costo alguno y sobre la base de la solicitud.

Salvo que el Asegurado los incluya, expresamente, en la solicitud del seguro de Vida Individual y se especifiquen en las Condiciones Particulares de esta Póliza o mediante endosos, los Contratos Suplementarios adjuntos a estas Condiciones Generales no se considerarán parte de esta póliza ni de sus coberturas.

BENEFICIO PARA EL CUIDADO DEL ASEGURADO

Este beneficio se otorga, sin cargo alguno, en base a la solicitud de seguro y sujeta a las limitaciones y exclusiones de las CONDICIONES GENERALES.

1. DEFINICIONES

La Compañía: se refiere a ASSA Compañía de Seguros S.A.

Fecha Efectiva: de este beneficio es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Asegurado: significa cada persona nombrada en la solicitud, y que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Beneficio Elegible por Muerte: es el Monto de Seguro sobre la vida del Asegurado, cubierta por la Póliza numerada en las Condiciones Particulares.

Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado: es el pago de cualquier parte del Monto del Seguro, antes de la fecha de muerte del Asegurado, bajo las provisiones de este Contrato.

El Monto de Adelanto de Beneficio para el Cuidado del Asegurado será igual al monto que el Contratante elija recibir en efectivo más cualquier Gasto por Cargo Administrativo, prima adeudada o interés que el Contratante pida que se pague del Beneficio Elegible por Muerte.

Monto Máximo del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado: es igual a la cantidad que resulte menor de B/.100,000 ó el 50% del Monto del Seguro menos el total de cualquier préstamo sin cobrar sobre la Póliza.

Cargos por Gastos Administrativos: será determinado al momento de la solicitud para Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado y no excederá el mayor entre B/.500.00 ó 3% del Monto del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado.

Médico: significa un individuo con licencia para practicar la medicina, en el territorio en el cual el tratamiento se recibe y que actúe dentro del área de dicha licencia. Médico no incluye al Asegurado, al Contratante ni a ningún co-habitante o familiar Inmediato.

Familiar Inmediato: significa el cónyuge, hijos, hermanos, padres o abuelos del Asegurado o del Contratante.

Enfermedad Terminal: es una condición de salud irreversible que se diagnosticó al menos 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.

Diagnóstico del Médico: significa una declaración firmada por un Médico aceptable por la Compañía acerca de la Enfermedad Terminal del Asegurado con la fecha del mismo y con un pronóstico de la enfermedad.

2. BENEFICIOS

La Compañía pagará el Monto del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado en una suma total si el Asegurado desarrolla una Enfermedad Terminal, sujeto a las disposiciones de este Contrato.

El pago de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado resulta del establecimiento de un gravamen previo y principal contra el Monto del Seguro de esta Póliza, establecido bajo la condición de Monto Máximo de Adelanto de Beneficios.

El gravamen total será igual al monto del Monto Máximo de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado menos cualquier préstamo previamente otorgado sobre la Póliza y no pagado, a menos cualquier monto previamente adelantado o pagado, o retirado por el Contratante.

El pago del Monto de Adelanto estará sujeto a las siguientes condiciones:

1. Esta Póliza debe estar vigente con Valores Efectivos Acumulados que garanticen que la Póliza permanecerá en vigor por lo menos un año.
2. En caso de rehabilitación de esta Póliza, este beneficio no estará vigente hasta 90 días después de la fecha efectiva de rehabilitación de esta Póliza.
3. La Compañía debe recibir las Pruebas de Padecimiento de la Enfermedad Terminal que sea aceptable para la misma.

4. Esta Póliza no debe estar cesionada excepto a la Compañía como seguridad del gravamen. La Compañía debe recibir un formulario de cesión nombrando a la Compañía cesionario de esta Póliza por el monto del Monto de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado.
5. La Compañía debe recibir el consentimiento de cesión de todos los beneficiarios irrevocables.
6. No se otorgará ningún beneficio si la Enfermedad Terminal es resultado de lesiones intencionalmente causadas a sí mismo.

3. EFECTO DE LOS BENEFICIOS EN LOS VALORES DE LA PÓLIZA

Después de otorgado el “Monto de Adelanto de Beneficio”, el acceso del Contratante al valor de Rescate de esta Póliza, mediante préstamos o rescates parciales, están limitados al exceso de valor neto de rescate después de la resta del “Monto de Adelanto de Beneficios”. El Contratante puede pagar voluntariamente toda o una porción del gravamen contra el Monto del Seguro. En las siguientes circunstancias el gravamen debe ser inmediatamente repagado:

1. Enteramente, en la muerte del Asegurado, deduciendo el total del Adelanto de Beneficio del producto del Monto del Seguro.
2. Enteramente, al momento de pago o adelanto de cualquier parte del Monto del Seguro como un beneficio bajo cualquier provisión de esta Póliza, que no sea este Beneficio.
3. Parcialmente, en cuanto haya alguna reducción en el Monto del Seguro que cause que el Monto de Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado restante sea menor al total de la deuda

El Monto a ser pagado será la diferencia entre el total de la deuda y el Monto Máximo del Adelanto de Beneficios para el Cuidado del Asegurado.

4. RECLAMOS

Una notificación por escrito del Reclamo, identificando al Asegurado en cualquier momento después de que éste desarrolle una Enfermedad Terminal, como se define anteriormente, será suministrada a la Compañía.

“Prueba de Pérdida” incluye un formulario de Reclamo completado apropiadamente y un diagnóstico aceptado por 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 Beneficios 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 Adelanto de beneficios para el Cuidado del Asegurado al Contratante de la Póliza.

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA A TERMINO OTRO ASEGURADO
(Seguro de Vida a Término Renovable Mensualmente hasta la edad de 120 años)

Este contrato y su(s) solicitud(es) forman parte de la Póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a las disposiciones de la Póliza.

La prima de este Beneficio está incluida en la prima de la Póliza principal y será deducida en los períodos y en el modo allí especificado.

En este Contrato el Otro Asegurado está indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza y se le llama "Otro Asegurado".

A menos que se estipule de otra manera, el control de todos los privilegios pertenecen al Propietario de la Póliza, excepto por los derechos del Otro Asegurado de acuerdo con el Privilegio de Conversión del Sobreviviente según se indica abajo.

La fecha de efectividad de este Contrato es la Fecha de la Póliza a emitir ésta. Si se añade luego, la Fecha de Efectividad y el Monto del Seguro se indicarán por medio de un endoso.

La Compañía pagará el Monto del Seguro indicado en las Condiciones Particulares o especificado en el endoso más reciente en vigor, a su Beneficiario, tan pronto se reciba prueba fehaciente de la muerte, si se produjo mientras este Contrato estaba en vigor.

El Beneficiario del Otro Asegurado se indica en la solicitud, a menos que se cambie el mismo. Los Beneficios se pagarán de acuerdo con la designación en efecto en el momento de la muerte.

La consideración para este Contrato es la Solicitud y el pago de la prima inicial. Se debe pagar una suma mensualmente, como se indica bajo "Deducción Mensual" a continuación:

1. DEDUCCIÓN MENSUAL

El pago mensual para este contrato se deducirá del valor efectivo acumulado de la Póliza cada fecha aniversario mensual. El costo mensual de la tarifa de seguro está basado en la edad alcanzada, la tarifa y clasificación personal.

Las tarifas para el costo mensual del seguro serán determinadas por la Compañía, basada en nuestras probabilidades en lo que se refiere a experiencia de mortalidad futura. Cualquier cambio en las tarifas del costo del seguro se aplicará a todas las personas que tengan la misma clasificación personal. Bajo ninguna circunstancia las tarifas del costo del seguro serán más altas que las tarifas del costo máximo garantizado. Estas tarifas se basan en la Tabla Normal de Mortalidad de los Comisionados de Seguros de 2000, a la Edad del Cumpleaños más cercano.

2. CAMBIO EN EL MONTO DEL SEGURO

En cualquier momento después del primer aniversario del Contrato el Otro Asegurado puede solicitar un cambio en el Monto del Seguro por escrito a la Compañía. Cualquier aumento se debe pedir en el formulario de solicitud de la Compañía. Entonces, el Otro Asegurado deberá ser asegurable de acuerdo con reglas de la Compañía. Cualquier aumento aprobado por la Compañía está sujeto a la deducción del

primer pago mensual, y entonces entrará en vigor. La Compañía puede limitar el número de aumentos en el seguro bajo este Contrato a uno por cualquier período de 12 meses.

Cualquier disminución en el Monto del Seguro en vigor se hará efectiva según se indique en el endoso correspondiente. Las disminuciones se aplicaran:

1. Al aumento más reciente; entonces
2. Sucesivamente, a cada aumento anterior, entonces
3. Al monto del Seguro Inicial

La suma que queda en vigor tendría que ser por lo menos \$25,000.00.

3. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DEL SOBREVIVIENTE

Si el asegurado principal de la Póliza básica muere mientras este Contrato esté en vigor y antes de su 65 cumpleaños, el Otro Asegurado puede convertir este contrato en un nuevo plan de seguro permanente. No se necesita ninguna prueba de asegurabilidad.

La nueva Póliza se emitirá conforme a estas reglas:

- a. El monto del seguro no debe ser mayor que el monto específico del seguro en vigor en el momento de la conversión.
- b. Se emitirá cualquier nuevo plan permanente que las nuevas reglas de emisión de la Compañía permitan, por el monto específico del seguro solicitado.
- c. La nueva Póliza tendrá como fecha efectiva la fecha de solicitud de la conversión.
- d. La nueva prima estará basada en la clasificación más alta utilizada en este Contrato para la edad alcanzada.
- e. Se podrá añadir cualquier otro beneficio adicional a la nueva Póliza solamente con el consentimiento de la Compañía.
- f. La primera prima para la nueva Póliza se debe pagar en la fecha de la solicitud de la conversión. Si el Otro Asegurado muere dentro de 30 días después del Asegurado Principal de la Póliza Básica y ninguna prima ha sido pagada, la Compañía pagará el monto específico del seguro en vigor bajo este Contrato, menos la prima adeudada.

4. DISPOSICIONES GENERALES

Las disposiciones de la Póliza quedan incorporadas a este Contrato y forman parte integrante del mismo excepto que:

- a. Si en la fecha de emisión de este Contrato la edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano pasare de sesenta y cinco (65) años, este contrato será nulo y no tendrá valor, salvo para exigir, una vez descubierto tal hecho respecto a la edad, la devolución de las primas adicionales sobre este Contrato que hayan sido pagadas y recibidas en la Compañía.

5. INDISPUTABILIDAD

Este Contrato suplementario será indisputable por parte de la Compañía, excepto por falta de los pagos mensuales correspondientes, después de que el mismo haya estado en vigor durante la vida del **Otro Asegurado** por un período de dos (2) años, con respecto al monto del seguro inicial en la fecha efectiva

de este contrato suplementario, exceptuando lo establecido en el artículo mil (1000) del Código de Comercio.

Cualquier aumento en el monto del seguro aprobado después de la fecha efectiva de este contrato, será indisputable por parte de la Compañía después de que el mismo haya estado en vigor durante la vida del **Otro Asegurado** por un período de dos (2) años desde la fecha efectiva de tal aumento, exceptuando lo establecido en el artículo mil (1000) del Código de Comercio. Es disputable solamente con respecto a la solicitud suplementaria para el aumento.

6. REHABILITACIÓN

Si este contrato es cancelado por falta de pago, puede rehabilitarse dentro de dos (2) años después de la cancelación, siempre que:

1. Se rehabilite también la Póliza principal.
2. Sea asegurable de acuerdo con las reglas de la Compañía.
3. Se pague la prima suficiente para mantener la Póliza y este Contrato en vigor por un período de dos meses.

7. SUICIDIO

En caso de suicidio estando o no el **Otro Asegurado** en su cabal juicio, dentro de dos (2) años después de la Fecha de Efectividad del Contrato, la Compañía será responsable únicamente de la devolución de los pagos mensuales por este Contrato. Y después de dos (2) años de la fecha de efectividad del Contrato, pero dentro de dos años después de la fecha de Efectividad de cualquier aumento conforme a este Contrato, la única responsabilidad de la Compañía será la devolución total de los pagos mensuales hechos en tal aumento.

8. DECLARACION ERRÓNEA DE LA EDAD

Si la edad ha sido indicada erróneamente, la Compañía ajustará el beneficio conforme a este Contrato a la cantidad que le hubiera permitido comprar de acuerdo a la edad correcta. La cantidad pagadera, si la hubiere, será ajustada por la diferencia entre los cargos mensuales deducidos, en comparación con los cargos mensuales que tuvieran que haber sido deducidos, acumulada a la tasa de interés que fuera acreditada al valor en efectivo de esta Póliza.

9. CESIÓN

Ninguna cesión será obligatoria a menos que esté debidamente registrada por la Compañía. La Compañía no se hace responsable de la validez legal, efecto o suficiencia de una cesión.

Si un mismo Asegurado ha cedido más de una Póliza de esta Compañía a un mismo Cesionario, los derechos de dicho Cesionario serán liquidados siguiendo el orden cronológico en que fueron hechas las cesiones de las Pólizas y hasta el monto de dichos derechos.

Tanto el ejercicio de las opciones y privilegios concedidos por esta Póliza como el pago de los beneficios, estarán sujetos a los derechos de cualquier Cesionario registrado en la Oficina Principal de la Compañía.

10. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de sesenta y un (61) días para el pago de cualquier prima que no sea la inicial. Durante este período de gracia, el contrato permanecerá en vigor de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

11. CONVERSIÓN

Desde la fecha efectiva de la Póliza, de la cual forma parte este contrato hasta el día en que el Otro Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, fecha considerada como la Fecha de Vencimiento del Período de Conversión, estando este contrato en vigor y no encontrándose la prima alguna pendiente de pago, el Otro Asegurado tendrá el Privilegio de convertir este contrato para cambiarlo por cualquier Póliza de Protección Permanente siempre y cuando sea aceptable para la Compañía y que requiera el pago de primas de lo menos cinco(5) años después del cambio, emitida a la misma clasificación del riesgo, por una cantidad de Suma Asegurada igual o menos que la Suma Asegurada bajo esta Póliza (pero no menos del mínimo emitido en esa fecha por la Compañía bajo el plan elegido por el Asegurado):

- a. Con la fecha efectiva de la presente Póliza, de acuerdo a una prima determinada con las tarifas aplicadas por la Compañía a la Fecha de Entrega, conservando la Edad original del Asegurado, y el pago inmediato de la diferencia en primas que resulte entre la cantidad de la suma asegurada convertida y la suma asegurada bajo la Póliza más el interés compuesto al ocho por ciento (8%) por año, o la diferencia entre la reserva de la nueva Póliza y la de ésta a la Fecha de Entrega, de las dos cantidades la que sea mayor, o
- b. 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 Entrega.

Quedará a opción de la Compañía el agregar cualquier forma de Beneficios como los de Incapacidad, Muerte Accidental, u otros Contratos Suplementarios o Complementarios. Cualquier modificación o restricción que mantenga en esta Póliza, también se aplicará a la nueva Póliza.

12. TERMINACIÓN

Este Contrato terminará:

- a. En el primer aniversario de la Póliza en que el Asegurado principal alcance los 120 años de edad.
- b. Al final del período de gracia para el pago de cualquier deducción mensual que se deba sobre la Póliza de este Contrato.
- c. Cuando la Póliza termine o se rescate.
- d. Cuando se cambie este Contrato por una nueva Póliza.
- e. Cuando muera el Asegurado.
- f. Mediante pedido por escrito del Asegurado Principal, con la Póliza adjunta para su endoso. La terminación entonces será en el próximo día de aniversario mensual, luego de recibir su pedido, lo primero que suceda.

Si luego de la terminación se le dedujera al valor de la Póliza, un cargo por este Contrato, esto no relevaría la terminación y la Compañía acuerda volver a acreditar tales deducciones al valor en efectivo de la Póliza.

Este contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este contrato.

BENEFICIO DE EXONERACION DE LAS DEDUCCIONES MENSUALES EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

Este Contrato y su solicitud forman parte de la Póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza. Se expide sobre la vida del Asegurado Principal mencionado en las Condiciones Particulares de dicha Póliza (llamado Asegurado) en consideración de la prima aplicable a este Contrato. Una suma de renovación se hará efectiva todos los meses consecutivos como se indica bajo "Deducción Mensual" a continuación:

1. DEDUCCION MENSUAL

El pago mensual para este Contrato se deducirá del Valor Efectivo Acumulado 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.

LA COMPAÑÍA CONVIENE, al recibo de prueba fehaciente por escrito de que el asegurado haya quedado incapacitado total y permanentemente, según queda definido en este Contrato y con sujeción a las condiciones y cláusulas a continuación estipuladas, en **EXONERAR AL ASEGURADO DEL PAGO DE LAS DEDUCCIONES MENSUALES** que venzan en virtud de dicha Póliza y de este Contrato durante el tiempo que persista tal incapacidad, comenzando con la que venza inmediatamente después de la fecha en que se haya iniciado tal incapacidad, en el entendimiento de que no se exonerará al Asegurado del pago de prima alguna cuya fecha de vencimiento preceda en más de un (1) año a la fecha del recibo en la Compañía del aviso por escrito de cualquiera reclamación bajo el presente Contrato.

2. CAMBIO AUTOMATICO A PLAN DE TIPO B DEL SEGURO PRINCIPAL

Si al momento de presentarse la incapacidad total y permanente, el Plan vigente para el Seguro Principal era del Tipo A, automáticamente el plan cambiará al Tipo B. El nuevo Monto Especificado será igual a la suma bajo riesgo en el momento de la incapacidad; por lo tanto el beneficio por muerte crecerá al crecer el Valor Efectivo Acumulado. Si la incapacidad termina, el Contratante podrá solicitar regresar al Plan del Tipo A.

No habrá ninguna modificación en el Plan, en caso que al momento de presentarse la incapacidad, el Plan vigente para el Seguro Principal fuese del Tipo B.

3. EXONERACION DE LAS DEDUCCIONES MENSUALES

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. La Compañía reciba el aviso de su incapacidad.
2. Incapacidad total y permanente es la falta completa y total de habilidad, como resultado de lesión corporal o de enfermedad, que impida en absoluto al Asegurado dedicarse a un negocio u ocupación con fines remunerativos o lucrativos, o a desempeñar un trabajo o servicio rentable para el cual el Asegurado esté capacitado; ya sea por educación, entrenamiento o experiencia, siempre que tal situación haya persistido sin interrupción por un período no menor de seis (6) meses. (La incapacidad de tal duración se considera como “permanente”, únicamente con el fin de poder determinar la fecha en que principian las obligaciones que se asumen en este contrato). Si el Asegurado es ama de casa, la Incapacidad Total y Permanente, es la falta completa de habilidad que le impida al Asegurado poder dedicarse en forma total y completa a sus deberes como ama de casa.

La “Exoneración de las Deducciones Mensuales” 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 morosidad 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 las primas (en cuyo caso el Asegurado), no obstante, será responsable de la prima vencida, al mismo tipo de interés compuesto especificado bajo la cláusula de “Rehabilitación” de la Póliza, cuya cantidad se descontará de cualquier suma pagadera bajo la Póliza. 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 definitiva o por amputación de ambas manos arriba de las muñecas o de ambos pies arriba de los tobillos.

El término “incapacidad”, dondequiera que aparezca en lo sucesivo, significará incapacidad total y permanente, según queda definida y limitada anteriormente. Los descuentos efectuados durante los primeros seis (6) meses serán reembolsados con interés y las deducciones subsiguientes serán exoneradas hasta tanto la Incapacidad Total y Permanente continúe.

Si el Valor Efectivo Acumulado está incluido en el (los) monto(s) especificado(s) , éste (estos) 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 Acumulado de (los) monto(s) especificado(s) y
2. Para reducir el (los) monto(s) especificado(s) e igualarlo a la suma asegurada menos el Valor Efectivo Acumulado a la fecha del aniversario mensual en la cual la exoneración por incapacidad comience.

El monto de la deducción mensual a ser exonerado y el cálculo del Valor Efectivo Acumulado 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.

4. RIESGO EXCLUIDO

La “ Exoneración de las Deducciones Mensuales” no se concederá si la incapacidad resulta directa o indirectamente como consecuencia de:

1. Lesiones corporales infligidas intencionalmente por el propio Asegurado estando o no en uso de sus facultades mentales.
2. Lesiones sufridas como resultado de que el Asegurado cometa o trate de cometer atracos u otros actos delictuosos o infracciones o cualquier violación o intento de violación de la ley.
3. Al momento en que el Asegurado trata de abordar o descender de, o a consecuencia de ello o por encontrarse en naves aéreas de combates o de guerra, o de entrenamiento militar, o de reconocimiento, o en aviones militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro o emergencias catastróficas, reconocimiento, guerra, declarada o no, o a cualquier acto atribuible a ésta, motín, tumultos, insurrección, guerra civil, revolución, cualquier acción bélica o cualquier otra clase de desorden público. También si el Asegurado trata de abordar o descender de o a consecuencia de ello 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.
4. Lesiones sufridas como resultado de guerra ,declarada o no, de cualquier acto atribuible a ésta, de rebelión, alborotos populares, insurrección, motines y conmociones civiles, pertenezca o no el Asegurado a cualquier servicio militar, naval o aéreo de cualquier país, países u organización internacional de cualquier institución armada.
5. Vuelo o en descanso de cualquier aeronave, excepto si se viaja como pasajero en una aeronave comercial, sin desempeñar deberes durante el vuelo.
6. Si el Asegurado es piloto oficial o miembro de la tripulación de una nave aérea, al operar, viajar en o fuera de, descender en o caer de o con cualquiera clase de nave aérea, esté dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucciones o tenga quehaceres abordo de dicha nave.
7. Embarazo.
8. La toma voluntaria de:
 - a. Cualquier droga o sustancia controlada, excepto mediante receta médica.
 - b. Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
 - c. Cualquier veneno o gas dañino.

5. PRUEBA MÉDICA

La Compañía exigirá prueba médica de la fecha de la lesión o enfermedad que ocasionaron la incapacidad total. A intervalos razonables exigirá prueba médica de la continuidad de la incapacidad. Luego de relevarse de las Deducciones Mensuales durante 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 total. Si la incapacidad total se interrumpiera en cualquier momento, o el asegurado no suministrara dicha prueba, las deducciones mensuales se tendrán que volver a pagar, como se estipula en la Póliza.

6. AVISO ESCRITO Y PRUEBA FEHACIENTE DE RECLAMACIÓN

El aviso escrito de reclamación bajo este Contrato deberá presentarse a la Compañía y ser recibido por ésta:

1. Durante la vida del Asegurado y antes de la fecha de aniversario de la Póliza más cercana al sexagésimo (60) cumpleaños del Asegurado.
2. Mientras subsista la incapacidad.
3. Dentro de un período de un (1) año después del vencimiento de la primera prima en estado de morosidad, si la hubiere.

La Compañía, a petición del interesado, suministrará formularios especiales para la presentación de prueba fehaciente de la incapacidad, y siempre que sea razonablemente posible, dicha prueba fehaciente deberá presentarse en esos formularios de acuerdo con las disposiciones que en ellos se estipulen.

7. PRUEBA DE PERSISTENCIA DE LA INCAPACIDAD

Para todos los casos de incapacidad que no sean los contemplados como sin excepciones en la cláusula de “Definición de Incapacidad Total y Permanente” de este contrato, aunque haya sido aceptada como satisfactoria por la Compañía la prueba de incapacidad, el Asegurado deberá presentar a intervalos regulares, cuando le sea requerida por la Compañía, evidencia en la forma antes mencionada de que la incapacidad continúa: pero cuando la incapacidad haya continuado durante dos (2) años completo, la Compañía solo exigirá dicha prueba una vez en cada año subsiguiente. Si el Asegurado dejare de presentar tal evidencia, estará obligado a pagar las primas que, de acuerdo con las condiciones de la Póliza y de este Contrato, vencieren después de que esto acontezca.

La Compañía conjuntamente con el médico tratante podrá calificar la condición y estado del Asegurado y determinará si se encuentra en posibilidad de reiniciar o desempeñar cualquier trabajo, de acuerdo a su educación, entrenamiento y experiencia. La Compañía continuará el beneficio de “Exoneración de las Deducciones Mensuales” y autorizará al Asegurado a realizar una ocupación o actividad, si al efectuar esta calificación es posible establecer o presumir los siguientes hechos y circunstancias:

1. Que la clase de gestiones y actividades remunerativas a las que pudiera dedicarse o,
2. Desempeñar el Asegurado (como las que son comunes a personas impedidas o imposibilitadas), no modificarían, alterarían o cambiarían la situación de desmejoramiento que se originó y se mantiene en el estado de incapacidad, y
3. Que los resultados económicos o la remuneración que mediante esta clase de actividades y ocupaciones pudiera obtener el Asegurado:
 - a. sean proporcionalmente menores o inferiores a los que lograra alcanzar si gozare del uso completo de todas sus facultades, y
 - b. conserven una relación notoriamente desfavorable o disminuida con respecto a la posición social que tenía el Asegurado al sobrevenirle la incapacidad.

El Asegurado se compromete a dar aviso inmediato a la Compañía en caso de que se recupere de la incapacidad y a obtener el consentimiento expreso de la Compañía antes de reiniciar o realizar trabajo o dedicarse a cualquiera ocupación o negocio con fines remunerativos o lucrativos.

La falta de pruebas de persistencia de la incapacidad, o el aviso de recuperación de la incapacidad o de la autorización de la Compañía para que el Asegurado pueda reiniciar, desempeñar o ejercer cualquier actividad, trabajo y ocupación conforme se estipulan en este contrato, no exime al Asegurado de pagar las primas y de la responsabilidad de devolver el valor de las Deducciones exoneradas indebidamente, lo

cual será deducido de cualquier cantidad a la cual tenga derecho el asegurado de acuerdo con los Valores Garantizados de la Póliza.

8. DISPOSICIONES GENERALES

Las disposiciones de la Póliza quedan incorporadas a este Contrato y forman parte integrante del mismo excepto que:

- a. Si en la fecha de emisión de este Contrato la edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano pasare de sesenta (60) años, este contrato será nulo y no tendrá valor, salvo para exigir, una vez descubierto tal hecho respecto a la edad, la devolución de las primas adicionales sobre este Contrato que hayan sido pagadas y recibidas en la Compañía.
- b. No podrá hacerse cambio alguno en la Póliza o en el modo de efectuar los pagos de la prima sobre la misma, mientras dure la incapacidad; y
- c. Este contrato no será indisputable ni por la expiración de tiempo indicado en la cláusula de la Póliza relativa a indisputabilidad, ni por ninguna otra causa.

9. ESTE CONTRATO SUPLEMENTARIO NO AFECTA LOS BENEFICIOS DE LA POLIZA

La cantidad pagadera bajo cualquier modo de liquidación de la Póliza no será reducida por cualesquiera Deducciones exoneradas bajo este Contrato. Los valores Garantizados bajo dicha Póliza serán los mismos que si se hubieren pagado a su debido tiempo todas las Deducciones exoneradas. Cualquier beneficio vencido y no pagado bajo este Contrato a la muerte del Asegurado, será agregado a la cantidad pagadera en virtud de dicha Póliza.

10. CANCELACION Y TERMINACION

El asegurado podrá cancelar este Contrato en la fecha de vencimiento de cualquier prima, mediante solicitud por escrito a la Compañía y con la devolución del presente Contrato.

La Compañía emite el endoso. Esta cancelación será efectiva en la fecha de vencimiento de la prima que sea posterior a la fecha de la solicitud.

El seguro bajo este Contrato terminará automáticamente:

- a. Si el Asegurado se enlistase en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra, declarada o no, o
- b. Si el Asegurado se enlistase en cualquier unidad auxiliar o civil, no combatiente que esté al servicio de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no,
- c. Si se faltare al pago de una prima cualquiera sobre la Póliza o este Contrato a su vencimiento o dentro del período de gracia que se concede en virtud de dicha Póliza, o,
- d. En el aniversario más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, o,
- e. Al momento en que el Asegurado deje de cumplir con las condiciones o requisitos establecidos en la cláusula "Pruebas de Persistencia de la Incapacidad" de este contrato, o
- f. A solicitud por escrito del Asegurado.

Siempre que este Contrato se cancele o termine de otro modo, dejará de ser pagadera la prima adicional correspondiente y no será pagadero ningún valor de liquidación excepto el reembolso de la porción no

devengada, si la hubiere de la prima adicional correspondiente al período en el cual se hizo efectiva la terminación, junto con cualquier prima adicional pagada y con vencimiento posterior a la terminación del Contrato.

El pago o la aceptación subsiguiente de cualquier prima bajo el presente contrato no crearán otra obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

Este contrato no es válido, a menos que, el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado.

Ninguna modificación o adición bajo este contrato será válida a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Este contrato y su solicitud forman parte de la Póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza, con excepción de las relativas a suicidio.

La Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) registrado (s) en la Póliza, además de la Cantidad pagadera por la misma, la Suma Asegurada de este Contrato indicada en las Condiciones Particulares, o en el endoso correspondiente una vez que la Compañía reciba pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado ocurrida como consecuencia directa de lesiones accidentales producidas únicamente por causas externas, violentas o fortuitas, de las cuales haya evidencia visible de contusión o herida en el exterior del cuerpo, excepto de una lesión interna revelada por autopsia e independiente de cualquiera otra causa que no sea estrictamente accidental.

1. 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. Por extensión y aclaración, se asimilan a la definición de accidentes: la asfixia o intoxicación de vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; el carbunco o tétanos de origen traumático; la rabia; los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, veterinaria, y sus anexos, cuando tales accidentes produjeran infecciones microbianas o intoxicaciones, originadas mediante heridas externas producidas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

2. EXTENSIÓN DE COBERTURA

El seguro cubre todos los accidentes ya definidos que pudieran ocurrir al Asegurado ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras estuviere circulando o viajando a pie o a caballo,

en bicicleta sin motor o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo (en líneas comerciales autorizadas sujetas a itinerario fijo), o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, siempre que se practicaran como aficionado: atletismo, basquetbol, bochas, bolos, manejos de canoa, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por río o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro al blanco (en polígonos habilitados), voleibol, water polo, béisbol.

3. LOS BENEFICIOS SON PAGADEROS SIEMPRE Y CUANDO

1. La muerte haya ocurrido mientras este Contrato esté 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. El fallecimiento haya ocurrido dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber ocurrido tal lesión; y
3. 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 y que no es aplicable ninguna de las limitaciones contenidas en la Cláusula de RIESGOS EXCLUIDOS.

4. RIESGOS EXCLUIDOS

El seguro bajo este Contrato no se pagará si la muerte o lesión corporal del Asegurado resulta directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a. **Suicidio o conato de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, lesiones causadas intencionalmente por el propio Asegurado, del Contratante o de los Beneficiarios.**
- b. **Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico (excepto de que éste sea a consecuencia de un accidente).**
- c. **La acción de drogas estupefacientes o embriaguez.**
- d. **Ser piloto, oficial o miembro de la tripulación de una nave aérea, operar, viajar en o fuera de, descender en o caer de o con cualquier clase de nave aérea, esté dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucciones o tenga quehaceres o bordo de una nave aérea.**
- e. **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 de reconocimiento, o en aviones militares de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencias catastróficas; guerra declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta; motín, tumultos, insurrección, guerra civil, revolución, cualquier acción bélica o cualquier 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 acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.**
- f. **Lesiones sufridas en el ejercicio de funciones policíacas de cualquier género o durante el servicio en cualquier organización militar, naval o aérea.**

- g. Lesiones sufridas al participar en certámenes de velocidad en cualquier clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo.**
- h. Tomañas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica, cuando ésta se presenta con y por una cortada o herida recibida por accidente).**
- i. Haber cometido o tratado de cometer algún asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquier otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.**
- j. Actos intencionales donde sólo el resultado es accidental.**

5. CASO DE NULIDAD

Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del Contrato, traen consigo la nulidad del mismo. 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 las primas pagadas, más un diez por ciento en calidad de perjuicios.

6. 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.

7. CANCELACIÓN Y TERMINACIÓN

El Contratante podrá cancelar este Contrato en la fecha de vencimiento de cualquier prima, mediante solicitud por escrito a la Compañía. La cancelación será efectiva en la fecha de vencimiento de la prima que sea posterior a la fecha de la solicitud.

8. ESTE CONTRATO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE

- a. Al aniversario de la Póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad; o**
- b. Por falta de pago de cualquiera prima de este Contrato en conjunto con la prima de la póliza cuando se rescata la Póliza dentro del plazo provisto en la misma para su pago; o**
- c. Cuando se renuncia a la Póliza por su valor neto en efectivo; o**
- d. Cuando por virtud de la Póliza o de cualquier Contrato Suplementario incorporado a ella, se reconozca una reclamación por Invalidez del Asegurado, o se pague la Suma Principal por Pérdida de Miembros o de la Incapacidad Total y Permanente; o**
- e. Cuando el Asegurado ingresare como miembro en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra, declarada o no ; o**
- f. Cuando el Asegurado ingresare como miembro de cualquier unidad auxiliar civil no-combatiente al servicio de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no.**
- g. Cuando la Póliza, de acuerdo con sus términos, queda totalmente pagada o terminada; o**

h. Cuando el Asegurado fuere declarado demente.

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

9. DISPOSICIONES GENERALES

- a. La cláusula de disputabilidad 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 de este Contrato hayan sido pagadas y recibidas por la Compañía.
- c. En caso de caducidad o cancelación de este Contrato, la Compañía se reservará el derecho de rehabilitarlo o no.
- d. Este Contrato no puede ser rehabilitado si la Póliza Básica ha caducado y no es rehabilitada al mismo tiempo.

10. CLAUSULA DE ARBITRAJE

Si surgiere disputa entre el Asegurado y la Compañía, quedará sometida, independientemente de cualquier otra cuestión, a un Árbitro nombrado por escrito por ambas partes. Cuando éstas no estén de acuerdo sobre la designación de un árbitro único, nombrarán por escrito dos Árbitros, uno por cada parte. Esta designación deberá hacerse en el plazo de dos meses a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra parte para dicho objeto. En el caso de que una de las dos partes se negara a designar o dejara de nombrar a su Árbitro, en el plazo de dos meses antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor encargado de decidir sobre las cuestiones pendientes.

En el caso de que los Árbitros nombrados no estuvieran de acuerdo en su apreciación, el o los puntos de discrepancia serán sometidos a fallo de un dirimente nombrado por ellos, por escrito, antes de pasar a la consideración de la cuestión sometida, el cual obrará con los primeros y presidirá sus debates.

El fallecimiento de cualquiera de las partes, que aconteciera en el curso de las operaciones de arbitraje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Árbitro, o según el caso, de los Árbitros o del Dirimente.

Si uno de los Árbitros o el Dirimente falleciera antes del dictamen final, la parte o los Árbitros que le hubieran nombrado, según el caso, cuidarán de sustituirlo por otro. El Árbitro, o según el caso los Árbitros o el Dirimente en discordia, tendrán que decidir en que proporción las partes deban soportar los gastos y dispendios varios relativos al arbitraje.

La evaluación previa de las indemnizaciones por medio de un arbitraje en la forma antes dicha es indispensable y, mientras no haya tenido lugar, queda expresamente convenido y estipulado que, en caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía, sobre el importe de las indemnizaciones, el Asegurado no puede entablar ninguna reclamación judicial con motivo del presente Contrato.

Dirimente: El que ajusta, concluye o compone una controversia.

11. TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

La Compañía indemnizará también los siguientes porcentajes de la suma asegurada, en caso de pérdida de miembros a consecuencia de un accidente indemnizable:

a. TOTAL

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

b. PARCIAL

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

c. MIEMBROS SUPERIORES

	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
Pérdida total del pulgar	18	14
Pérdida total del índice	14	11
Pérdida total del dedo medio	9	7
Pérdida total del anular o del meñique	8	6

d. MIEMBROS INFERIORES

Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total)	35

Fractura no consolidada de una rótula (seudo artrosis total)	30
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine(garganta de pie) en posición no Funcional.	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo del pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

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 irreparable 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 total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondiera por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo que se hubiera producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero si se tratare del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratare de otros dedos.

12.COMBINACION DE INCAPACIDADES

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada del contrato "Beneficio por Muerte Accidental"

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

13.ZURDOS

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de miembros superiores.

14.PERITAJE

Si el Asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecha por la Compañía se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el Asegurado y otro por la Compañía, y en caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo en relación con este nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente de la Asociación Médica Panameña.

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

15.AVISO DE RECLAMACIÓN

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 a la Compañía, o a 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 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 Medicatura Forense.

16.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 el juez.

17.CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

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

18.PRESCRIPCIÓN

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

Este contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.

BENEFICIOS OPCIONALES EN CASO DE ACCIDENTE

Este contrato y su solicitud forman parte de la póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza, con excepción de las relativas a suicidio. Se expide sobre la vida del Asegurado Principal mencionado en las Condiciones Particulares de dicha Póliza.

1. RIESGOS QUE PUEDEN CUBRIRSE

Este contrato cubre los siguientes riesgos que expresamente se indicaren en las Condiciones Particulares de la Póliza de acuerdo a los límites y condiciones señalados a continuación, siempre que su causa directa y única fuere un accidente cubierto bajo el presente contrato.

1. **Incapacidad Temporal:** la Compañía pagará la indemnización diaria convenida en las, condiciones particulares de la póliza, siempre que el Asegurado quedare totalmente incapacitado para desempeñar su ocupación por algún tiempo, hasta un máximo de 365 días.

2. **Gastos Médicos:** la Compañía pagará los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios, razonables y acostumbrados, hasta el total de la suma asegurada bajo esta cobertura.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:

"Es aquel cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores, por el mismo o similar servicio suministrado dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio."

El Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifestaran más tardar dentro de un año, a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

2. CAMBIO DE OCUPACIÓN

Toda modificación que afecte la profesión u ocupación del Asegurado deberá comunicarse a la Compañía dentro de los ocho días de haberse producido; esta se pronunciará en igual plazo de ocho días sobre las condiciones para la continuación de este contrato o su eventual rescisión.

3. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Se entiende por accidente toda lesión corporal que pudiera ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado que provenga directamente de una causa exterior violenta e involuntaria.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumido en lugares públicos o adquiridos en tal estado; el carbunco o tétano de origen traumático; la rabia; los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, veterinarias, y sus anexos, cuando tales accidentes produjeran infecciones microbianas o intoxicaciones, originadas mediante heridas externas producidas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

4. EXTENSIÓN DE COBERTURA

El seguro cubre todos los accidentes ya definidos que pudieran ocurrir al Asegurado ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular o mientras estuviere circulando o viajando a pie o a caballo, en bicicleta sin motor o haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo (en líneas comerciales autorizadas sujetas a itinerario fijo), o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Quedan incluidos en la cobertura los siguientes deportes, siempre que se practicaran como aficionado: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, manejos de canoa, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por río o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro al blanco (en polígonos habilitados), voleibol, water polo, béisbol y fútbol.

5. RIESGO EXCLUIDOS

Quedan excluidos los accidentes causados por o derivados de:

- 1. Suicidio o conato de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, lesiones causadas intencionalmente por el propio Asegurado, del Contratante o de los Beneficiarios.**
- 2. Enfermedad corporal o mental e tratamiento médico o quirúrgico (excepto de que éste sea a consecuencia de un accidente).**
- 3. La acción de drogas estupefacientes o embriaguez.**
- 4. Ser piloto, oficial o miembro de la tripulación de una nave aérea, operar, viajar en o fuera de, descender en o caer de o con cualquier clase de entrenamiento o instrucciones o tenga quehaceres a bordo de una nave aérea.**
- 5. 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 de reconocimiento, o en aviones militares de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencias catastróficas; guerra declarada o no, o cualquier acto atribuible a ésta; motín, tumultos, insurrección, guerra civil, revolución, cualquier acción bélica o cualquier 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 acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.**
- 6. Lesiones sufridas en el ejercicio de funciones policíacas de cualquier género o durante el servicio en cualquier organización militar; naval o aérea.**
- 7. Lesiones sufridas al participar en certámenes de velocidad en cualquier clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo.**
- 8. Tomaínas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica, cuando ésta se presenta con y por una cortada o herida recibida por accidente).**

9. Haber cometido o tratado de cometer algún asalto, asesinato, atentado, delito, infracción cualquier violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.

10. Actos intencionales donde sólo el resultado es accidental.

6. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Habiendo sido fijada la prima, del seguro de acuerdo con las características declaradas por el Asegurado, éste deberá comunicar a la Compañía dentro de los ocho días los cambios o las agravaciones, aún cuando fueren temporales, que pudieren afectar la base de contratación.

7. CASOS DE NULIDAD

Toda declaración falsa o inexacta de 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, traen consigo la nulidad del mismo. 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 las primas pagadas, más un diez por ciento en calidad de perjuicios.

8. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE PÉRDIDA

Aviso: dentro de los noventa (90) días que siguieren a la fecha del accidente, el Asegurado o sus derecho-habientes, deberán hacerlo constar por un reconocimiento médico, o a falta de éste, por cualquier otro medio legal, y notificarlo a la Compañía. El certificado médico o la prueba respectiva relatarán las causas del accidente y las consecuencias posibles del mismo.

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 Medicatura forense.

Intervención de la Compañía: la Compañía tendrá derecho de cerciorarse, cuantas veces lo considere oportuno, por medio de sus médicos u otros agentes, del estado el Asegurado, víctima de un accidente.

Carga de la prueba: incumbe al Contratante, al Asegurado o a sus derecho-habientes presentar a la Compañía las pruebas de que la incapacidad temporal o las lesiones que den lugar a pago de gastos médicos, son el resultado directo e inmediato de los accidentes garantizados en ese contrato.

9. PAGO DE RECLAMO

Para el pago de un reclamo bajo este beneficio. El Asegurado deberá presentar a la Compañía las siguientes Pruebas:

- a. Carta del Asegurado donde indique estar incapacitado.
- b. Certificado Médico de la Incapacidad.
- c. Informe Clínico y diagnóstico.
- d. Exámenes, pruebas médicas, facturas y demás información relevante que permita a la compañía comprobar el diagnóstico y tiempo probable de la Incapacidad.

- e. Documentos tales como el Comprobante de Salarios y Derechos de la Caja de Seguro Social, Talonarios de Pago, Formulario de Declaración de Renta sellado por el Ministerio de Economía y Finanzas y cualquier otro documento que permita comprobar el ingreso del asegurado.

10. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Las indemnizaciones previstas en este contrato por gastos médicos serán pagadas al Asegurado tan pronto como la Compañía haya recibido y aprobado la prueba del accidente. La indemnización por incapacidad temporal se pagará por períodos de cuatro semanas y al terminar la inhabilitación, se pagará inmediatamente el saldo que hubiere.

11. AGRAVACIÓN 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 correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiera tenido sin la mencionada con-causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

12. CLAUSULA DE ARBITRAJE

Si surgiere disputa entre el Asegurado y la Compañía, quedará sometida, independientemente de cualquier otra cuestión, a un Árbitro nombrado por escrito por ambas partes. Cuando éstas no estén de acuerdo sobre la designación de un árbitro único, nombrarán por escrito dos Árbitros, uno por cada parte.

Esta designación deberá hacerse en el plazo de dos meses a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra parte dicho objeto. En el caso de que una de las dos partes se negara a designar o dejara de nombrar a su Árbitro, en el plazo de dos meses antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor encargado de decidir sobre las cuestiones pendientes.

En el caso de que los Árbitros nombrados no estuvieran de acuerdo en su apreciación, el o los puntos de discrepancia serán sometidos a fallo de un dirimente nombrado por ellos, por escrito, antes de pasar a la consideración de la cuestión sometida, el cual obrará con los primeros y presidirá sus debates.

El fallecimiento de cualquiera de las partes, que aconteciera en el curso de las operaciones de arbitraje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Árbitro, o según el caso, de los Árbitros o del Dirimente.

Si uno de los Árbitros o el Dirimente falleciera antes del dictamen final, la parte o los Árbitros que le hubieran nombrado, según el caso, cuidarán de sustituirlo por otro. El Arbitro, o, según el caso los Árbitros o el Dirimente en discordia, tendrán que decidir en que proporción las partes deban soportar los gastos y dispendios varios relativos al arbitraje.

La evaluación previa de las indemnizaciones por medio de un arbitraje en a forma antes dicha es indispensable y, mientras no haya tenido lugar, queda expresamente convenido y estipulado que, en caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía, sobre el importe de las indemnizaciones, el Asegurado no puede entablar ninguna reclamación judicial con motivo del presente Contrato.

Dirimente: El que ajusta, concluye o compone una controversia.

13.PERITAJE

Si el Asegurado no estuviere de acuerdo con la evaluación del grado de invalidez hecha por la Compañía se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el Asegurado y otro por la Compañía, y en caso de discordia entre ellos, designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo en relación con este nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente de la Asociación Médica Panameña.

Los peritos deberán practicar la evaluación atendiendo a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes.

14.CANCELACIÓN Y TERMINACIÓN

El Asegurado podrá cancelar este Contrato en la fecha de vencimiento de cualquier prima, mediante solicitud por escrito a la Compañía. La cancelación será efectiva en la fecha de vencimiento de la prima que sea posterior a la fecha de la solicitud.

15.ESTE CONTRATO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE

- a. El aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad; o**
- b. Por falta de pago de cualquiera prima de este Contrato en conjunto con la prima de la Póliza cuando se rescata la Póliza por el total de su Valor neto en Efectivo, o**
- c. Cuando por virtud de la Póliza o de cualquier Contrato Suplementario incorporado a ella, se reconozca una reclamación por Invalidez del Asegurado o se pague la Suma Principal por Pérdida de Miembros o de la Incapacidad total y Permanente; o**
- d. Cuando la Póliza, de acuerdo a sus términos, queda totalmente pagada o terminada; o**
- e. Cuando el Asegurado fuere declarado demente; o**
- f. Cuando el Asegurado ingrese como miembro en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra, declarada o no; o**
- g. Cuando el Asegurado ingrese como miembro de cualquier unidad auxiliar civil no-combatiente al servicio de las fuerzas militares, navales o aéreas de cualquier país en guerra, declarada o no.**

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

16.DISPOSICIONES GENERALES

- a. Este Contrato no será indisputable ni por la expiración de tiempo indicado en la cláusula de la Póliza relativa a indisputabilidad, ni por ninguna otra causa. 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 (s) lesión (es) fue(ron) originada(s) 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 éste Contrato, la edad real del Asegurado en su cumpleaños más próximo pasada de sesenta y cinco (65) años y sufre una lesión accidental por cualquier causa, este Contrato será nulo y no tendrá valor excepto para exigir la devolución de las primas adicionales que en virtud de este Contrato haya sido pagadas y recibidas por la Compañía.

c. En caso de caducidad o cancelación de este Contrato la Compañía se reservará el derecho de rehabilitarlo o no.

d. Este Contrato no puede ser rehabilitado si la Póliza Básica ha caducado y no es rehabilitada al mismo tiempo.

17. PRESCRIPCIÓN

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

Este contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.

PERDIDA DE INGRESOS POR INCAPACIDAD

1. DISPOSICIONES GENERALES

Este contrato suplementario forma parte de la Póliza a la cual acompaña, se expide sobre la vida del Asegurado mencionado en las Condiciones Particulares de la Póliza (en el presente también llamado Asegurado) en consideración de la prima aplicable a este Contrato Suplementario.

2. DEFINICIONES

Enfermedad: Significa patología o enfermedad contraída, la cual inicia después de la fecha de efectividad de este contrato por lo que respecta al Asegurado cuya enfermedad es la base del reclamo.

Lesión: Siempre que se utilice dentro de este contrato suplementario significa lesión accidental corporal ocurrida durante la vigencia de este contrato por lo que respecta al Asegurado cuya lesión es la base del reclamo y resultando, directa e independientemente de cualquier causa, en pérdida cubierta por la póliza.

3. RIESGOS QUE PUEDEN CUBRIRSE

Esta póliza cubre los siguientes riesgos que expresamente se indicaren en las Condiciones Particulares.

1. Incapacidad Profesional Permanente

Para efectos de este Contrato se entenderá como Incapacidad Profesional Permanente del asegurado, cualquier lesión corporal o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del asegurado, que lo incapacite para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro acorde con sus conocimientos y aptitudes, siempre que los mismos no generen mas de un 33% de su ingreso regular, y que dicha incapacidad sea de carácter permanente por haber subsistido, por lo menos doce meses. Además de cualquier otra causa de Incapacidad Profesional y Permanente, se consideran como tales, la pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos, de ambas manos o de ambos pies y la amputación conjunta de toda una mano y de todo un pie.

2. Invalidez Absoluta y Permanente

Para efectos de este Contrato se entenderá como Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado, la situación física irreversible provocada por cualquier lesión corporal o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional. Además de cualquier otra causa de Invalidez Absoluta y Permanente, se consideran como tales, la pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos, de ambas manos o de ambos pies y la amputación conjunta de toda una mano y de todo un pie.

3. Pérdida de Autonomía Permanente

Para efectos de este Contrato se entenderá como Pérdida de Autonomía Permanente, si el asegurado, por cualquier causa, se encuentra imposibilitado permanentemente para realizar, por sí solo, los actos esenciales de la vida cotidiana tales como; comer, vestirse, desplazarse, asearse, etc.; y precisa de la asistencia de una tercera persona para poder realizarlos.

4. INICIO DE LA COBERTURA

La cobertura otorgada bajo este contrato suplementario no tendrá efecto respecto al Asegurado, si éste se encontrare internado en un hospital o incapacitado al momento de la entrada en vigencia de esta cobertura. La misma tendrá efecto treinta (30) días después del cese de dicho internamiento o de la incapacidad, cualquiera de estos que se cumpla de último.

5. INDEMNIZACION

La Compañía conviene, al recibo de prueba fehaciente por escrito de que el asegurado haya quedado incapacitado de acuerdo al tipo de Incapacidad Permanente contratada, según las definiciones establecidas en este Contrato de Beneficio Suplementario (en el presente llamado también Contrato), y con sujeción a las condiciones, y cláusulas a continuación estipuladas, en PAGAR UNA RENTA MENSUAL, cuyo monto máximo es establecido en las condiciones particulares de la Póliza y sujeta a lo descrito en este endoso, comenzando en el mes siguiente a la fecha en que se haya comprobado a la Compañía tal incapacidad y finalizando al terminar el estado de Incapacidad que dio origen al pago de la renta o la terminación del período contratado para el pago de la renta o el fallecimiento del Asegurado, cualquiera de estas que ocurra primero.

La “Renta por Incapacidad” se concederá solamente por una incapacidad permanente (a) que se enmarque en la definición del tipo de Incapacidad permanente contratada (b) que haya sido ocasionada

por lesión o enfermedad sufrida después de la fecha de emisión de este Contrato, (c) que haya comenzado antes del sexagésimo (60) cumpleaños del Asegurado, (d) 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 y (e) que el asegurado se encontrase laborando activamente y generando ingresos por dicho trabajo o profesión.

6. MONTO DE LA RENTA

El monto de la renta mensual nunca será mayor al 75% de los ingresos comprobables, que regularmente y de manera directa eran producidos y percibidos por el Asegurado, justo antes de su incapacidad, menos cualquier indemnización, subsidio o pensión que perciba el asegurado por parte de terceras personas, ya sean estas personas naturales, o instituciones públicas o privadas.

7. PRUEBAS

Para que la Compañía conceda este beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas satisfactorias a juicio de la Compañía de su incapacidad permanente de acuerdo a la definición del tipo Incapacidad Contratada

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad, por medio del médico o médicos que elija, de examinar a la persona incapacitada cuantas veces lo requiera, mientras esté pendiente la reclamación. La Compañía exigirá al Asegurado la debida comprobación de su edad.

La Compañía podrá suspender o rechazar este Beneficio al Asegurado que le solicite o que se le hubiere otorgado si comprobase que recibe o declara ingresos provenientes por cualquier otro negocio o trabajo, a menos que se trate de la Incapacidad Profesional Permanente, en donde el Asegurado podrá desempeñar labores que en su conjunto no representen más del 33% de su ingreso regular antes de incapacitarse.

La Compañía, a petición del interesado, suministrará formularios especiales para la presentación de prueba fehaciente de la incapacidad y, siempre que sea razonablemente posible, dicha prueba fehaciente deberá presentarse en esos formularios de acuerdo con las disposiciones que en ellos se estipulen.

La Compañía sólo tomará en cuenta la resolución que emite la Caja de Seguro Social, en la que se concede una pensión por invalidez para realizar sus trabajos habituales o laborales; para evaluar la indemnización bajo la cobertura de Incapacidad Profesional y Permanente de un Asegurado. En los casos de las coberturas de "Invalidez Absoluta y Permanente" y "Pérdida de Autonomía Permanente", no se tomará en cuenta tal resolución, dado que estas coberturas indemnizan bajo un concepto de Incapacidad o Invalidez diferente al que evalúa la Caja de Seguro social, para emitir su resolución.

8. CANCELACION AUTOMÁTICA

Este seguro quedará cancelado automáticamente al cumplir el Asegurado 60 años de edad.

9. EDADES DE CONTRATACIÓN

La edad mínima y máxima en el momento de la contratación será, respectivamente de 20 y 50 años.

10. EDAD MÁXIMA DE COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro finaliza al cumplir 60 años de edad.

11. AVISO ESCRITO DE RECLAMACIÓN

El aviso escrito de reclamación bajo este Contrato deberá presentarse a la Compañía y ser recibido por ésta dentro de los treinta (30) días siguientes al inicio de la incapacidad.

12. PRUEBA DE PERSISTENCIA DE LA INCAPACIDAD

Aún en el caso de que haya sido aceptada como satisfactoria por la Compañía, la prueba de incapacidad, el Asegurado, deberá presentar, cuando así lo requiera la Compañía pero con intervalos mayores a tres (3) meses, evidencia en la forma antes mencionada de que la incapacidad continúa; pero cuando la incapacidad haya continuado durante dos años completos la Compañía sólo exigirá esa prueba una vez cada año subsiguiente. Si el Asegurado dejare de, presentar tal evidencia, o si volviere a encontrarse en condición de desempeñar cualquier trabajo, dedicarse a cualquier negocio, o ejercer cualquier ocupación con fines remunerativos o lucrativos estará obligado a pagar las primas que de acuerdo con las condiciones de la Póliza y de este Contrato Suplementario vencieren después de que esto acontezca. En el caso de la Incapacidad Profesional Permanente esto aplicará si el asegurado dejase de presentar las evidencias de incapacidad solicitadas o si volviera a encontrarse en capacidad de desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro acorde con sus conocimientos o aptitudes.

13. EXCLUSIONES

No se pagará ninguna Renta si la incapacidad fuera el resultado en parte o en su totalidad de:

- 1. Una lesión auto infligida o al haber cometido un delito grave o asalto, o por participar en un motín o en una insurrección.**
- 2. La toma voluntaria de:**
 - a. Cualquier droga o sustancia controlada, excepto mediante receta médica.**
 - b. Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.**
 - c. Cualquier veneno o gas dañino.**
- 3. Embarazo**
- 4. Cuando la Incapacidad resulten de una lesión corporal sufrida, o de una enfermedad contraída por el asegurado, antes de la fecha efectiva de este contrato.**
- 5. Vuelo o en Descenso de cualquier aeronave, excepto si se viaja como pasajero de una aeronave comercial, sin desempeñar deberes durante el vuelo.**
- 6. Guerra declarada o no, actos terroristas o cualquier incapacidad relacionada con servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.**

14. TARIFA ANUAL REVISABLE

La Compañía se reserva el derecho de modificar sus primas, en función de la siniestralidad global de la cartera, previa autorización por la Superintendencia de Seguros.

15. EL CONTRATO SUPLEMENTARIO FORMA PARTE DE LA POLIZA

Este Contrato Suplementario formará parte de dicha Póliza y las disposiciones de la misma quedan incorporadas a este

Contrato y forman parte integrante del mismo excepto que:

- a. Si en la fecha de emisión de este Contrato Suplementario la edad del Asegurado fuera más de sesenta (60) años, este Contrato Suplementario será nulo y no tendrá valor, salvo para exigir, una vez descubierto tal hecho respecto a la edad, la devolución de las primas adicionales sobre este Contrato que hayan sido pagadas y recibidas en la Compañía.**
- b. No podrá hacerse cambio alguno en la Póliza o en el modo de efectuar los pagos de la prima sobre la misma, mientras dure la incapacidad;**
- c. Este Contrato Suplementario será sin participación de las ganancias repartibles de la Compañía, y**
- d. Este Contrato Suplementario será disputable.**

16. PAGO DE RECLAMO

Para el pago de un reclamo bajo este beneficio. El Asegurado deberá presentar a la Compañía las siguientes Pruebas:

- a. Carta del Asegurado donde indique estar incapacitado.
- b. Certificado Médico de la Incapacidad.
- c. Informe Clínico y diagnóstico.
- d. Exámenes, pruebas médicas, facturas y demás información relevante que permita a la compañía comprobar el diagnóstico y tiempo probable de la Incapacidad.
- e. Documentos tales como el Comprobante de Salarios y Derechos de la Caja de Seguro Social, Talonarios de Pago, Formulario de Declaración de Renta sellado por el Ministerio de Economía y Finanzas y cualquier otro documento que permita comprobar el ingreso del asegurado.

17. TERMINACION

Este contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- 1. Al cumplir el Asegurado los 60 años de edad.**
- 2. Al finalizar el periodo de gracia para el pago de cualquier deducción mensual 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.**
- 5. Si el Asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra declarada o no.**
- 6. Si el Asegurado dejare de Trabajar.**

Siempre que este Contrato Suplementario se cancele o termine de otro modo, dejará de ser pagadera la prima adicional correspondiente y no será pagadero ningún valor de liquidación excepto el reembolso de la porción no devengada, si la hubiere, de la prima adicional correspondiente al periodo en el cual se hizo efectiva la terminación, junto con cualquiera prima adicional pagada y con vencimiento posterior a la terminación del Contrato. El pago o la aceptación subsiguiente de cualquier prima bajo el presente Contrato no crearán otra obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

Este Contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este beneficio.

BENEFICIO DE RENTA HIPOTECARIA TEMPORAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este Contrato Suplementario forma parte de la Póliza a la cual acompaña, se expide sobre la vida del Asegurado mencionado en las Condiciones Particulares de dicha Póliza (en el presente también llamado Asegurado) en consideración de la prima aplicable a este Contrato Suplementario.

1. DEFINICIONES

“Incapacidad Total y Permanente” será aquella sufrida 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 cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos, que haya persistido sin interrupción y que haya sido decretada y certificada por la junta médica de la Caja de Seguro Social, aunque sea ésta provisional o permanente.

La compañía reembolsará a la institución financiera las letras vencidas posterior a los (90) días de iniciada la incapacidad, luego de recibir la resolución de la Caja de Seguro Social y comprobada la Incapacidad Total y Permanente.

No obstante lo anterior, para Trabajadores Independientes que no cotizan en de la Caja de Seguro Social y que suscriben éste beneficio, la Compañía designará una Junta Médica Evaluadora integrada por un Médico que designe el Asegurado o su representante, un Médico que Designe la Compañía de Seguros y un tercer Médico que será nombrado de común acuerdo entre las partes.

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.

“Enfermedad” significa patología o enfermedad contraída y comenzada después de la fecha de efectividad de este contrato por lo que respecta al Asegurado cuya enfermedad es la base del reclamo.

“Lesión” siempre que se utilice dentro de este contrato suplementario significa lesión accidental corporal ocurrido durante la vigencia de este contrato por lo que respecta al Asegurado cuya lesión es la base del reclamo y resultando, directa e independientemente de cualesquiera causas, en pérdida cubierta por la póliza.

2. RENTA HIPOTECARIA TEMPORAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía conviene, al recibo de prueba fehaciente por escrito de que el asegurado haya quedado incapacitado total y permanentemente, según queda definido en este Contrato de Beneficio Suplementario (en el presente llamado también Contrato), y con sujeción a las condiciones y cláusulas a continuación estipuladas, en PAGAR UNA RENTA MENSUAL HIPOTECARIA TEMPORAL, establecida en las condiciones particulares de la Póliza, en virtud de la obligación financiera del asegurado con la institución financiera de crédito, durante el tiempo que persiste tal incapacidad, comenzando en la fecha en que venza la letra posterior a la fecha en que se haya presentado a la Compañía tal incapacidad y finalizando al terminar el estado de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, o la terminación del Contrato de Seguro, o la terminación de la obligación financiera del Asegurado con la Institución Financiera de Crédito, cualquiera de estas que ocurra primero.

La “Renta Hipotecaria Temporal” 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 cumpleaños sesenta (60) del Asegurado, (c) que persista la deuda contractual hipotecaria del Asegurado, para con la Institución Financiera de Crédito que otorgó el préstamo y (d) 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.

3. PAGO DE LA RENTA

Después de presentado el Decreto de Resolución provisional requerido para la declaración de la Incapacidad Total y Permanente, la Renta Hipotecaria Temporal por Incapacidad Total y Permanente se hará efectiva a partir de esta fecha y las letras dejadas de pagar durante esos noventa (90) días serán reembolsadas, sin intereses al asegurado.

4. INICIO DE LA COBERTURA

La cobertura otorgada bajo este contrato suplementario no tendrá efecto respecto al Asegurado si éste se encontrare internado en un hospital o incapacitado al momento de la entrada en vigencia de esta cobertura. La misma tendrá efecto treinta (30) días después del cese de dicho internamiento o de la incapacidad, cualquiera de estos que se cumpla de último.

5. AVISO ESCRITO DE RECLAMACIÓN

El aviso escrito de reclamación bajo este Contrato deberá presentarse a la Compañía y ser recibido por ésta dentro de los treinta (30) días siguientes al inicio de la incapacidad.

6. PRUEBA FEHACIENTE DE RECLAMACIÓN

La Compañía, a petición del interesado, suministrará formularios especiales para la presentación de prueba fehaciente de la incapacidad y, siempre que sea razonablemente posible, dicha prueba fehaciente deberá presentarse en esos formularios de acuerdo con las disposiciones que en ellos se estipulen.

7. PRUEBA DE PERSISTENCIA DE LA INCAPACIDAD

Aún en el caso de que haya sido aceptada como satisfactoria por la Compañía la prueba de incapacidad, el Asegurado, deberá presentar, cuando así lo requiera la Compañía pero con intervalos mayores a tres (3) meses, evidencia en la forma antes mencionada de que la incapacidad continúa; pero cuando la incapacidad haya continuado durante dos años completos la Compañía sólo exigirá esa prueba una vez cada año subsiguiente.

La Compañía conjuntamente con el médico tratante podrá calificar la condición y estado del Asegurado y determinará si se encuentra en posibilidad de reiniciar o desempeñar cualquier trabajo, de acuerdo a su educación, entrenamiento y experiencia. La Compañía continuará el beneficio de "Exoneración de las Deducciones Mensuales" y autorizará al Asegurado a realizar una ocupación o actividad, si al efectuar esta calificación es posible establecer o presumir los siguientes hechos y circunstancias:

1. Que la clase de gestiones y actividades remunerativas a las que pudiera dedicarse o desempeñar el Asegurado (como las que son comunes a personas impedidas o imposibilitadas), no modificarían, alterarían o cambiarían la situación de desmejoramiento que se originó y se mantiene en el estado de incapacidad, y
2. Que los resultados económicos o la remuneración que mediante esta clase de actividades y ocupaciones pudiera obtener el Asegurado:
 - a. sean proporcionalmente menores o inferiores a los que lograra alcanzar si gozara del uso completo de todas sus facultades, y
 - b. conserven una relación notoriamente desfavorable o disminuida con respecto a la posición social que tenía el Asegurado al sobrevenirle la incapacidad.

El Asegurado se compromete a dar aviso inmediato a la Compañía en caso de que se recupere de la incapacidad y a obtener el consentimiento expreso de la Compañía antes de reiniciar o realizar trabajo o dedicarse a cualquiera ocupación o negocio con fines remunerativos o lucrativos.

La falta de pruebas de persistencia de la incapacidad, o el aviso de recuperación de la incapacidad o de la autorización de la Compañía para que el Asegurado pueda reiniciar, desempeñar o ejercer cualquier actividad, trabajo y ocupación conforme se estipulan en este contrato, no exime al Asegurado de pagar las primas y de la responsabilidad de devolver el valor de las Deducciones exoneradas indebidamente, lo cual será deducido de cualquier cantidad a la cual tenga derecho el asegurado de acuerdo con los Valores Garantizados de la Póliza.

8. PRUEBA MÉDICA

La Compañía exigirá prueba médica de la fecha de la lesión o enfermedad que ocasionaron la incapacidad total. A intervalos trimestrales la Compañía exigirá prueba médica de la continuidad de la incapacidad. Luego de revelarse el pago de las primas durante 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 total. Si la incapacidad total se interrumpiera en cualquier momento, o el asegurado no suministrara dicha prueba, la Renta Hipotecaria Temporal será Terminada.

9. EXCEPCIONES

No se pagará ninguna Renta si la incapacidad fuera el resultado en parte o en su totalidad de:

- a. Una lesión auto infligida estando el asegurado en uso o no de sus facultades mentales, al
- b. haber cometido un delito grave o asalto, o por participar en un motín o en una insurrección.
- c. La toma voluntaria de:
- c. Cualquier droga o sustancia controlada, excepto mediante receta médica.
- d. Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- e. Cualquier veneno o gas dañino.
- d. Embarazo
- e. Vuelo o en Descenso de cualquier aeronave, excepto si se viaja como pasajero de una aeronave comercial, sin desempeñar deberes durante el vuelo.
- f. Guerra declarada o no.
- g. Cualquier incapacidad relacionada con servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.

10. EL CONTRATO SUPLEMENTARIO FORMA PARTE DE LA PÓLIZA

Este Contrato Suplementario formará parte de dicha Póliza y las disposiciones de la misma quedan incorporadas a este Contrato y forman parte integrante del mismo excepto que:

- a. Si en la fecha de emisión de este Contrato Suplementario la edad del Asegurado fuera más de sesenta (60) años, este Contrato Suplementario será nulo y no tendrá valor, salvo para exigir, una vez descubierto tal hecho respecto a la edad, la devolución de las primas adicionales sobre este Contrato que hayan sido pagadas y recibidas en la Compañía.
- b. No podrá hacerse cambio alguno en la Póliza o en el modo de efectuar los pagos de la prima sobre la misma, mientras dure la incapacidad;
- c. Este Contrato Suplementario será sin participación de las ganancias repartibles de la Compañía, y
- d. Este Contrato Suplementario será disputable.

11. TERMINACIÓN

Este contrato terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- 1. En el aniversario de la póliza más próximo a los 60 años de edad del Asegurado.
- 2. Al finalizar el período de gracia para el pago de cualquier deducción mensual 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.
- 5. Si el Asegurado se enlistare en el servicio militar, naval o aéreo de cualquier país en guerra declarada o no.

6. Al terminar la obligación financiera del Asegurado con la Institución Financiera de Crédito.

7. Si el Asegurado dejare de trabajar.

Siempre que este Contrato Suplementario se cancele o termine de otro modo, dejará de ser pagadera la prima adicional correspondiente y no será pagadero ningún valor de liquidación excepto el reembolso de la porción no devengada, si la hubiere, de la prima adicional correspondiente al período en el cual se hizo efectiva la terminación, junto con cualquiera prima adicional pagada y con vencimiento posterior a la terminación del Contrato. El pago o la aceptación subsiguiente de cualquiera prima bajo el presente Contrato no crearán otra obligación excepto la del reembolso de dicha prima.

Este contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este Contrato.

COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA CREDITO HIPOTECARIO

1. VALIDEZ

Los beneficios a que se refiere este documento, solo serán válidos y obligarán a la Compañía, si los mismos han sido convenidos según las Condiciones Particulares de la Póliza. Por tanto, la simple inserción de ésta adenda en la documentación agregada a la póliza, no es indicativo de la aceptación de la cobertura por parte de la Compañía.

2. COBERTURA DE DESEMPLEO

Si el Asegurado perdiere sus ingresos por despido injustificado de su empleo (despido no imputable al Asegurado), durante tres meses consecutivos, la Compañía se hará cargo al finalizar este período de espera (tres meses) del pago de las cuotas mensuales de amortización del crédito contraído por el asegurado, hasta por el total de la cuota mensual cubierta indicada en las condiciones particulares de la Póliza para este beneficio. Los pagos se efectuarán mensualmente al acreedor hasta que el asegurado vuelva a conseguir trabajo, o el crédito se haya pagado en su totalidad, o se hayan entregado 12 mensualidades por cada período de desempleo, lo que ocurra primero.

Para que este beneficio sea efectivo la cobertura deberá haber sido contratada y pagada por: 6 meses consecutivos desde el momento del desembolso del préstamo hipotecario con respecto a hipotecas nuevas y 12 meses consecutivos para hipotecas que no sean nuevas, así como para cualquier rehabilitación.

Podrán ser pagadas indemnizaciones posteriores por desempleo siempre que el Asegurado haya vuelto a trabajar por un período de al menos 12 meses antes de volver a perder un nuevo trabajo. El número total de pagos mensuales bajo esta cobertura no podrá ser mayor de 36.

Esta cobertura aplica solamente al Deudor Asegurado que al momento de tomar la misma haya estado trabajando continuamente en los últimos doce (12) meses a tiempo completo, para un mismo patrono (que no sea él mismo, ni familiar).

La indemnización mensual será igual a la cantidad correspondiente a la cuota mensual de amortización nivelada pagada por el Asegurado en concepto de intereses y abono al principal adeudado, conforme a los términos del contrato de préstamo vigente al momento de emitirse esta Póliza. A este se agregan, las cuotas mensuales que por gastos cobre la institución acreedora y las primas mensuales del seguro que cubre el bien dado en garantía y el de la presente póliza. El valor de las cuotas mensuales referidas no podrá exceder el límite que por este concepto se establece en las condiciones particulares de la Póliza a la cual corresponda esta Adenda.

3. DEFINICION DE EMPLEO

Se entiende por trabajo o empleo, cualquiera sea su denominación, la existencia de un convenio mediante el cual el asegurado se obliga a prestar su servicio o ejecutar una obra a favor de otra, bajo la supervisión jurídica o dependencia económica de ésta, siempre y cuando dicha relación laboral o convenio de trabajo sea regulado de acuerdo a las normas establecidas en el código de trabajo.

En términos generales la definición de trabajo o empleo presupone la existencia de una relación de trabajo en los términos que se conciben en la ley laboral.

4. PERDIDA DE EMPLEO NO AMPARADOS

El presente documento no cubre cuando las pérdidas de empleo se deban a cualquiera de las siguientes causas.

- a. Cese voluntario, o renuncia del derecho de remuneración, salario, ingresos o sueldo por cualquier causa.**
- b. Por retiro, pensión o jubilación.**
- c. Por Muerte.**
- d. Desempleo normal por temporada o terminación de contrato (empleo por tiempo definido)**
- e. Incapacidad por accidente, enfermedad, desorden mental o embarazo.**
- f. Cuando el asegurado tenga conocimiento previo del cese del empleo, sea directa o indirectamente, al momento de solicitar el crédito o de emitirse la Póliza.**
- g. Despido del patrono por causa justificada de naturaleza disciplinaria, tal y como, pero sin limitarse a, conducta criminal malintencionada (actividad ilícita según lo establecido por las leyes aplicables), violación de políticas establecidas, negligencia, actos prohibidos, conducta impropia intencionada o conflicto de intereses.**
- h. Cuando proceda el despido por culpa del asegurado o justificada por el Empleador.**
- i. Cuando no se reclame en forma oportuna contra la decisión empresarial ante las autoridades competentes.**
- j. Guerra o acto de guerra, declarada o no.**
- k. Ocurrencia Nuclear.**
- l. Conmoción civil, motín, insurrección, rebelión, revolución.**

- m. Trabajo por cuenta propia.
- n. Desastres Naturales.

5. EFECTO Y TERMINACION

El presente seguro complementario entra en vigencia en la fecha de emisión de la Póliza a la cual se adhiere, y expira automáticamente al terminarse por cualquier motivo la Póliza principal, o al suspenderse el pago de primas de esta adenda, o al aniversario de emisión de la póliza siguiente al 62 cumpleaños del asegurado o al vencerse el plazo del préstamo a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este beneficio.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE ENFERMEDADES GRAVES

DISPOSICIONES GENERALES

Este Contrato y su solicitud forman parte de la Póliza, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza, y el control de todos los privilegios pertenece al dueño de la Póliza.

1. BENEFICIO ASEGURADO

De acuerdo a los términos Generales de Seguros y los términos suplementarios adicionales de la Póliza de Vida a la cual se adjunta esta cobertura, y que forma parte inseparable del presente documento, la Compañía se compromete a pagar al Asegurado la suma asegurada referida en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura al ocurrir por vez primera cualesquiera de las enfermedades terminales indicadas en la siguiente Cláusula 2.

Una vez pagado el beneficio esta cobertura complementaria expira mientras que la póliza básica de vida permanece vigente tomando en consideración el período de espera descrito en la Cláusula 11 de estas Condiciones Especiales.

2. ENFERMEDADES TERMINALES QUE DAN DERECHO AL BENEFICIO DEL ASEGURADO

Las siguientes Enfermedades Terminales son consideradas elegibles para compensación bajo las condiciones de las siguientes definiciones:

a. Cáncer

La presencia de un tumor maligno cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El diagnóstico de cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.

Quedan excluidos los siguientes tumores:

- Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1 CIN-2 Y CIN-3) o que se describen histológicamente como pre malignos.
- Todos los tumores de piel, incluidas las hiperqueratosis, los carcinomas baso celulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- Cualquier cáncer en presencia de HIV, HPV Y HHV
- Tumores que no ponen en peligro la vida, como tumores del seno en la mujer de estadio 1 en el sistema de clasificación TNM, tumores de próstata especificado histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación, los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1

b. Cirugía de la aorta

Intervención quirúrgica por enfermedad de la aorta por vía toracotómica o laparotomía que conlleve la reconstrucción o la escisión de la aorta enferma y su sustitución con una prótesis. En esta definición, por aorta se entiende la aorta torácica y la aorta abdominal pero no sus ramificaciones.

Las lesiones traumáticas de la aorta y las intervenciones quirúrgicas efectuadas empleando solamente técnicas endovasculares se excluyen específicamente.

c. Cirugía de las válvulas cardíacas

Intervención quirúrgica a corazón abierto para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de disfunción o anomalía de las válvulas cardíacas. **Todas las intervenciones no a corazón abierto y la sustitución de prótesis valvulares quedan excluidas específicamente.**

d. Cirugía de by-pass aorto-coronario

Intervención quirúrgica a corazón abierto de by-pass aorto coronario para corregir o tratar una enfermedad coronaria, **pero excluyendo la angioplastia, la implantación de stent o cualquier otro procedimiento percutáneo o no quirúrgico.**

e. Derrame o Hemorragia Cerebral

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebro vascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal, y que esté asociado a los siguientes resultados:

- Duración de los síntomas evidencias por más de 24 horas
- Pérdida permanente de la función motora y sensitiva o pérdida de la palabra.
- Lesión neurológica permanente.

Un especialista neurólogo debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos 180 días a partir de la fecha del hecho. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la TAC o la RMN.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

Ataques isquémicos transitorios;

Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;

Síntomas cerebrales debido a hemicránea;

Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico o al sistema vestibular.

f. Infarto

La necrosis de una parte del músculo cardiaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se convalida si al menos tres de los cuatro criterios se encuentran presentes:

- Presencia de dolores torácicos típicos
- Aparición de nuevas alteraciones electrocardiográficas diagnosticas (ECG) por necrosis del miocardio
- Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardiaca (CK-MB, troponina)
- Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

Si el único marcador aumentado es la troponina, se requiere también la presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

g. Insuficiencia renal

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

h. Transplante de órganos principales

El hecho efectivo de someterse como receptor a un transplante entre seres humanos de uno de los siguientes órganos: Corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, médula ósea, sometido al parecer de un cirujano asesor que compruebe que el transplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del asegurado. Queda excluido el transplante de cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula.

3. CLAUSULA DE REVISION

Debido a los avances continuos en la medicina, la Compañía podrá necesitar revisar la lista de las enfermedades como también sus definiciones, para asegurar que en el futuro:

- sean adecuadas (estén al día) con respecto a clasificación y terminología médica
- incluyan enfermedades consideradas adecuadas en el futuro
- excluyan las enfermedades que ahora sean benignas.

La Compañía se reserva el derecho, por consiguiente, de revisar cada cinco años, de ser necesario, el contenido de la cláusula 2 con el doble objetivo de revisar las enfermedades cubiertas y sus definiciones.

4. PERIODO DE ESPERA

Cualquier Enfermedad Terminal diagnosticada dentro de los (90) noventa días desde la fecha efectiva o desde la última fecha de rehabilitación o la fecha de incremento de beneficios de este seguro de Enfermedades Terminales suplementarias, será excluida del pago de la indemnización. En este caso la Compañía reembolsará las primas recibidas para esta cobertura, con la cancelación de la cobertura misma.

5. EXCLUSIONES Y LIQUIDACIONES

La garantía excluirá cualquier Enfermedad Terminal debido a las mismas causas que la de las Condiciones Generales del Seguro excluye para la cobertura de riesgo de muerte.

Adicionalmente, no se pagará suma alguna bajo este Beneficio si la condición de la Enfermedad Terminal pertinente es causada directa o indirectamente por:

- **Cualesquiera anomalías congénitas y condiciones pre-existentes, cualquier enfermedad ocupacional excepto la(s) que fue revelada a la Compañía en el momento de su aplicación y asegurada por la Compañía,**
- **el rechazo a someterse a tratamiento médico prescrito o indicado, abuso de alcohol o droga o cualquier otro abuso o adicción a alguna sustancia tóxica, exponerse voluntariamente al peligro ya sea en sus cabales o no, la presencia de alguna infección por HIV o alguna variación del virus HIV o infección por HPV o HHV o enfermedades venéreas o sus secuelas, cualquier tratamiento o exámenes relacionados con el SIDA. La infección se considerará un hecho si los exámenes de sangre indican la presencia de algunos de los virus antes mencionados o sus anticuerpos.**

6. FECHA DE OCURRENCIA DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL

Es la fecha en la cual ha sido diagnosticada la enfermedad, como resultado de la documentación médica adjunta al formulario de reclamo.

7. PAGO DE PRIMA

La prima para esta cobertura complementaria es pagadera por el término total de la póliza con la condición de que el asegurado esté vivo y no haya sido afectado por una de las enfermedades cubiertas.

La prima no está garantizada por el término total de la póliza pero podrá ser revisada cada cinco años en la fecha de aniversario de la póliza de ser necesario para la Compañía, para adecuar la tarifa de las primas como consecuencia de una insuficiencia técnica de la misma, la cual debe estar sustentado técnicamente ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. El incremento de la tarifa será efectivo siempre y cuando haya sido comunicado por escrito al asegurado antes de los sesenta (60) días de la fecha del aniversario anual de la póliza. Si el asegurado no desea continuar la cobertura con el incremento de prima este podrá cancelar la cobertura.

Al momento de la ocurrencia de la Enfermedad Terminal, el Asegurado suspenderá el pago de las cuotas de las primas para esta cobertura complementaria que venzan en fecha posterior a la fecha de la notificación del reclamo, manteniendo vigente las garantías. Si la Compañía reconoce el derecho de

compensación por la Enfermedad Terminal, la obligación del pago de primas vencidas después del acaecimiento de la enfermedad cesa definitivamente para esta cobertura complementaria y la Compañía reembolsará las cuotas de primas pagadas después de la notificación del reclamo, de haber alguno.

Si, al contrario, la Enfermedad Terminal no está reconocida para calificar a una indemnización, el Dueño de la Póliza está obligado, dentro de los treinta (30) días del recibo de la comunicación aún cuando haya promovido la decisión de un Comité de Arbitraje de acuerdo a la Cláusula 13 de estas Condiciones Especiales de pagar las primas adeudadas vencidas después de la manifestación de la enfermedad, incrementada por los intereses de la rehabilitación en la medida establecida en las Condiciones Generales de la Póliza de Vida que lee “La tasa de interés para rehabilitar la póliza será fijada de acuerdo al interés bancario en la plaza, pero nunca será menor al interés corriente más un 2% sobre las primas que corresponda pagar. La Compañía podrá prescindir de este cargo, cuando lo considere conveniente o según su criterio”.

De otra manera, la Cláusula 28 Incumplimiento en Pago de Primas de las Condiciones Generales del Seguro con respecto al caso de primas adeudadas será aplicada.

8. NOTIFICACION DE RECLAMO

Al momento de la ocurrencia de cualesquiera de las Enfermedades Terminales indicadas en el antes mencionado Cláusula 2, el Dueño de una Póliza, el Asegurado u otra persona actuando en su favor deberá notificar esto a la Compañía mediante nota registrada dirigida a la Oficina Principal de la misma (dentro de los sesenta (60) días de la fecha del diagnóstico) al igual que el reporte médico y documentación que certifique el diagnóstico, también mediante nota registrada.

9. OBLIGACIONES DEL DUEÑO DE LA POLIZA Y DEL ASEGURADO

En caso de un reclamo, a solicitud de la Compañía, que conlleve a la pérdida de cualesquiera derechos derivados del presente seguro, el Dueño de la Póliza y el Asegurado deberán obligarse a:

- Rendir con exactitud y certeza cualquier declaración requerida por la Compañía de manera que pueda comprobarse el derecho a compensación con respecto a la Enfermedad Terminal, y suministrar cualquier documentación adicional que la Compañía pueda requerir para su comprobación.

La Compañía se reserva el derecho total e incondicional de comprobar la condición de salud del Asegurado mediante los médicos que tenga a bien asignar.

10.COMPROBACION Y CONCILIACION DE INDEMNIZACIONES

La Compañía se obliga a comprobar el derecho a compensación de una Enfermedad Terminal dentro de los treinta (30) días del recibo de toda la documentación requerida de acuerdo a los artículos 8 y 9 antes mencionados, y de establecer la suma asegurada para el suceso en cuestión dentro de los próximos treinta (30) días.

La muerte del Asegurado, causada por la misma Enfermedad Terminal indicada en la notificación de reclamo, que ocurra antes de que la Compañía haya comprobado el derecho a compensación por dicha

Enfermedad Terminal, será equivalente a la aceptación de dicho derecho de compensación e implicará establecer la suma asegurada a las personas relacionadas con el suceso de la Enfermedad Terminal, mientras que la suma asegurada bajo la cobertura de muerte será pagada a los beneficiarios designados. En cualquiera de los casos se aplicará la Cláusula 11 descrita más adelante.

Si el Asegurado muriese, de la forma indicada arriba antes de que se compruebe el derecho a compensación, debido a otra causa que no sea la Enfermedad Terminal declarada en la notificación de reclamo, los beneficios bajo la cobertura de muerte serán pagados a los beneficiarios designados en el caso de muerte, no así suma alguna bajo la garantía de Enfermedad Terminal, haciendo caso omiso de la siguiente Cláusula 11.

El pago del capital del asegurado se hará una sola vez independientemente de que el asegurado haya sufrido de una o más de las enfermedades cubiertas. Una vez realizado el pago del capital del asegurado cesa la presente cobertura.

11.PERIODO DE ESPERA EN CASO DE MUERTE DESPUES DE LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Si la muerte del Asegurado, causada por la misma Enfermedad Terminal indicada en la notificación de reclamo, sucede dentro de los treinta (30) días seguidos a la manifestación de la enfermedad terminal, el pago de la suma asegurada en caso de muerte bajo la Póliza de Vida está sujeto a las siguientes condiciones:

Se pagará la suma asegurada, en caso de muerte, de la cobertura de vida básica.

El periodo de espera no se aplicará si la muerte es consecuencia directa y exclusiva de un accidente, debido a causas externas y violentas, repentinas o accidentales que ocasionen lesiones corporales objetivamente comprobadas.

12.FECHA DE EXPIRACION

Este Beneficio expirará tan pronto como:

- a. Caduque, se renuncie a la Póliza de Vida, se convierta la Póliza de Vida en un seguro saldado; o**
- b. Sea la fecha de expiración del Beneficio como lo muestra el Plan, o el Asegurado celebre su aniversario No. 65, lo que suceda primero; o**
- c. Sea la fecha de la primera ocurrencia del suceso en el cual este Beneficio es pagadero.**

Este Beneficio no tiene derecho a ninguna renuncia o valor de rescate.

13.COMITES DE ARBITRAJE

De no ser admitida por la Compañía la Enfermedad Terminal, el Dueño de la Póliza queda en facultad de, proceder durante los 30 días de la enunciación del rechazo, mediante nota registrada con acuse de recibo dirigida a la Oficina Principal de la Compañía, con el derecho de elegir un comité de arbitraje formado por tres médicos, uno a ser escogido por la Compañía, el otro por el Dueño de la Póliza y el tercero de común acuerdo entre las partes. De no mediar acuerdo alguno entre las partes, deben someterse a lo dispuesto en materia de arbitraje.

El Comité de Arbitraje decidirá por mayoría de votos por una conciliación amigable de la disputa, sin formalizar el procedimiento, y su decisión será valedera aunque uno de sus componentes rehúse firmar las minutas pertinentes.

De considerarse aconsejable, los árbitros tendrán la facultad, sin ser obligados mediante un juicio, de buscar cualquier comprobante médico de naturaleza preliminar o incidental (examen médico, exámenes de laboratorio, etc.).

Cada parte costeará los gastos y honorarios de su propio médico y la mitad de los costos del tercer médico. Todos los demás gastos recaerán en la parte contra la que se da el fallo.

Este Contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este beneficio.

BENEFICIO ADICIONAL DE OPCIÓN DE COMPRA DE SEGURO ADICIONAL (OCSA)

Este Contrato y su solicitud forman parte de la Póliza. A menos que se disponga de otra manera en este Contrato, el mismo está sujeto a todas las disposiciones de la Póliza.

La Compañía permite la compra de Cantidades Designadas adicionales sobre la vida del Asegurado, según el monto indicado en las Condiciones Particulares o en el endoso correspondiente:

1. mientras este Contrato esté en vigor; y
2. sin prueba de asegurabilidad; y
3. en una Fecha Regular o Alterna de la Opción

1. FECHA REGULAR DE LA OPCIÓN

La Fecha Regular de la Opción es el primer Aniversario de la Póliza en o después del cumpleaños del Asegurado de las edades 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52 y 55. La Compañía debe recibir la solicitud por escrito para una Cantidad Designada adicional dentro de los sesenta (60) días anteriores a la Fecha Regular de la Opción.

2. FECHA ALTERNA DE LA OPCIÓN

La Fecha de cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a. el matrimonio del Asegurado; o
- b. el nacimiento de un hijo vivo del matrimonio del Asegurado; o
- c. la adopción legal por parte del Asegurado de un hijo menor de dieciocho (18) años de edad.

La Compañía deber recibir por escrito la solicitud para una Cantidad Designada adicional dentro de los noventa (90) días que siguen a la Fecha Alterna de la Opción.

La compra de una cantidad designada adicional en una Fecha Alterna de la Opción eliminará la próxima Fecha Regular de la Opción.

No estará disponible ninguna Fecha Alterna de la Opción si:

- a. Se han eliminado todas las Fechas Regulares de las Opciones; o
- b. Una Fecha Regular de la Opción ocurre en la misma fecha alterna de la Opción; o
- c. Se han emitido una Cantidad Designada adicional con arreglo a una Opción Regular o Alterna dentro de los últimos noventa días.

El total de las Fechas Regulares y Alternas de la Opción seleccionadas, no puede exceder de seis (6).

Se fechará una Cantidad Designada adicional, emitida en una Fecha Regular o Alterna de la Opción, en la Fecha Mensual que coincida con o en la Fecha Mensual próxima que siga a esa Fecha de la Opción. La cantidad emitida en cada Fecha de la Opción no puede exceder la Cantidad de la Opción que se indica en las Condiciones Particulares. Los tipos del costo del Seguro que se carguen serán los tipos usuales para el sexo y la edad alcanzada del Asegurado. Se incluirán beneficios adicionales para una Cantidad Designada adicional, sujeto a la aprobación de la Compañía.

3. INDISPUTABILIDAD

La Compañía no podrá impugnar este Contrato después que éste ha estado en vigor durante la vida del Asegurado por un período de dos (2) años a partir de la Fecha de efectividad del mismo. Sin embargo, si el mismo caduca y se rehabilita posteriormente, la Compañía podrá impugnar, durante un período de dos (2) años después de la rehabilitación, por motivo de falsedades expresadas en la solicitud para la rehabilitación.

4. SUICIDIO

Si el Asegurado se suicida, estando en su cabal juicio o no, dentro de los dos (2) años a partir de la Fecha de Efectividad de este Contrato, la responsabilidad de la Compañía con arreglo al mismo estará limitada a una cantidad igual a las primas pagadas sin interés.

5. TERMINACIÓN

Este Contrato terminará:

- a. cuando la póliza termine o se rescate ; o**
- b. en el primer Aniversario de la Póliza que se cumpla en o después del cumpleaños cincuenta y cinco (55) del Asegurado;**
- c. mediante solicitud por escrito del Asegurado.**

Si luego de la terminación se le dedujera al valor de la Póliza, un cargo por este Contrato, esto no relevaría la terminación y la Compañía acuerda volver a acreditar tales deducciones al valor en efectivo de la Póliza.

Este contrato no es válido, a menos que el mismo se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en su respectivo endoso detallando el Asegurado y el monto de la cobertura.

Ninguna modificación o adición bajo este Contrato será válida, a menos que haya sido endosada y firmada por un Funcionario Ejecutivo de la Compañía.

La fecha de este Contrato será la fecha efectiva de la Póliza, o la fecha efectiva del endoso en el cual se incluye este contrato.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right, positioned above a solid horizontal line.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.

TARIFAS GARANTIZADAS POR 1000 DE SUMA ASEGURADA - Vida Segura

HOMBRE		EDAD	MUJER	
NO FUMADOR	FUMADOR		NO FUMADORA	FUMADORA
0.97	0.97	0	0.48	0.48
0.56	0.56	1	0.35	0.35
0.39	0.39	2	0.26	0.26
0.27	0.27	3	0.20	0.20
0.21	0.21	4	0.19	0.19
0.21	0.21	5	0.18	0.18
0.22	0.22	6	0.18	0.18
0.22	0.22	7	0.21	0.21
0.22	0.22	8	0.21	0.21
0.23	0.23	9	0.21	0.21
0.23	0.23	10	0.22	0.22
0.27	0.27	11	0.23	0.23
0.33	0.33	12	0.27	0.27
0.39	0.39	13	0.30	0.30
0.47	0.47	14	0.33	0.33
0.61	0.61	15	0.35	0.35
0.74	0.79	16	0.39	0.41
0.85	0.97	17	0.41	0.46
0.92	1.11	18	0.42	0.50
0.94	1.21	19	0.45	0.54
0.95	1.27	20	0.45	0.58
0.95	1.33	21	0.46	0.61
0.95	1.40	22	0.48	0.65
0.96	1.46	23	0.48	0.67
0.97	1.54	24	0.50	0.72
0.98	1.63	25	0.50	0.77
1.02	1.71	26	0.53	0.81
1.07	1.81	27	0.57	0.87
1.05	1.82	28	0.58	0.92
1.03	1.81	29	0.62	0.99
1.02	1.80	30	0.64	1.03
1.01	1.80	31	0.68	1.12
1.01	1.82	32	0.72	1.19
1.04	1.87	33	0.76	1.28
1.06	1.94	34	0.82	1.39
1.09	2.00	35	0.89	1.53
1.15	2.11	36	0.95	1.65
1.20	2.23	37	1.03	1.79
1.29	2.40	38	1.07	1.88
1.37	2.57	39	1.13	2.00
1.46	2.77	40	1.20	2.12
1.58	3.03	41	1.27	2.26
1.73	3.33	42	1.35	2.43
1.90	3.69	43	1.45	2.63
2.10	4.12	44	1.57	2.86
2.33	4.57	45	1.71	3.13
2.55	4.99	46	1.87	3.43
2.79	5.46	47	2.07	3.81
2.93	5.72	48	2.29	4.28
3.09	6.02	49	2.53	4.81
3.32	6.45	50	2.81	5.39
3.59	6.96	51	3.12	6.02
3.96	7.66	52	3.47	6.71
4.36	8.45	53	3.85	7.44

TARIFAS GARANTIZADAS POR 1000 DE SUMA ASEGURADA - Vida Segura

HOMBRE		EDAD	MUJER	
NO FUMADOR	FUMADOR		NO FUMADORA	FUMADORA
4.87	9.44	54	4.25	8.24
5.50	10.56	55	4.68	9.08
6.14	11.70	56	5.18	9.98
6.83	12.91	57	5.70	10.94
7.42	13.86	58	6.26	11.87
8.10	14.96	59	6.82	12.90
8.92	16.29	60	7.40	13.97
9.92	17.94	61	8.03	15.08
11.14	19.93	62	8.72	16.33
12.51	22.14	63	9.43	17.58
13.95	24.40	64	10.20	18.90
15.47	26.63	65	11.05	20.34
17.01	28.78	66	11.99	21.87
18.57	30.87	67	13.02	23.59
20.25	33.07	68	14.17	25.48
21.99	35.25	69	15.43	27.53
24.10	37.89	70	16.82	29.82
26.46	40.78	71	18.42	32.43
29.56	44.71	72	20.21	35.31
32.83	48.66	73	22.15	38.41
36.27	52.65	74	24.28	41.81
40.03	57.29	75	26.64	45.23
44.13	62.23	76	29.23	48.96
48.89	67.94	77	32.08	52.97
54.45	74.54	78	35.23	57.29
60.87	82.05	79	38.63	61.96
67.87	90.07	80	42.43	66.99
75.84	99.05	81	47.59	74.07
84.14	108.11	82	53.41	81.76
93.09	117.61	83	59.21	89.25
103.00	127.94	84	65.62	97.30
114.07	140.09	85	72.84	105.41
126.34	153.39	86	79.39	112.17
139.74	167.69	87	89.25	122.89
154.10	182.72	88	99.55	133.59
169.25	198.27	89	110.53	144.35
185.06	214.13	90	120.65	153.05
199.93	228.43	91	125.77	154.94
215.43	243.02	92	135.84	162.66
231.78	258.10	93	150.78	175.10
249.05	273.74	94	169.64	190.97
267.19	291.05	95	192.92	214.97
283.79	306.33	96	215.03	236.91
301.49	322.44	97	237.79	258.95
320.38	339.45	98	241.69	260.01
340.54	357.42	99	254.74	270.77
362.10	376.40	100	275.46	289.27
379.21	390.77	101	297.55	309.03
397.44	405.92	102	322.19	330.78
416.84	421.83	103	349.04	354.11
437.48	438.57	104	378.60	379.41
459.13	460.15	105	410.56	411.32
482.15	483.10	106	443.32	444.02
506.62	507.51	107	476.88	477.53
532.63	533.44	108	510.64	511.24
560.26	561.01	109	545.80	546.35

TARIFAS GARANTIZADAS POR 1000 DE SUMA ASEGURADA - Vida Segura

HOMBRE		EDAD	MUJER	
NO FUMADOR	FUMADOR		NO FUMADORA	FUMADORA
589.59	590.27	110	581.76	582.26
620.74	621.35	111	616.32	616.78
653.80	654.35	112	649.84	650.25
688.91	689.38	113	680.36	680.72
726.15	726.56	114	723.38	723.69
765.67	766.01	115	763.40	763.66
807.59	807.86	116	804.92	805.12
852.05	852.26	117	850.44	850.59
899.22	899.35	118	892.44	892.54
949.22	949.29	119	935.11	935.16
1,000.00	1,000.00	120	1,000.00	1,000.00