

SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

General de Seguros, S.A. Sociedad Anónima Panameña inscrita en el Registro Público a Ficha 8837, Rollo 37, e Imagen 91080, de la Sección de Micropelículas Mercantiles, empresa autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá mediante Resolución No. 800 de 21 de diciembre de 2005, en adelante "LA EMPRESA", en consideración y condicionado al pago de la prima convenida y a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro correspondiente y el Asegurado/Contratante nombrado en las condiciones particulares de esta póliza, convienen en celebrar el presente contrato de seguro sobre Enfermedades Graves, de conformidad con sus condiciones particulares, a las leyes aplicables y a los términos y condiciones que a continuación se detallan.

Las coberturas contra los riesgos descritos en la póliza solo son aplicables en tanto que estén expresamente detallados en las Condiciones Particulares. Solamente se podrán efectuar modificaciones al texto de las Condiciones Generales mediante los endosos, en donde se establece su carácter modificatorio, siempre y cuando hayan sido refrendados por el funcionario o funcionarios autorizados por la Empresa.

SECCIÓN I CONDICIONES GENERALES

I. CLÁUSULA DE CAUSAL DE NULIDAD ABSOLUTA ESPECIAL

En caso de que el Asegurado no haya cumplido, a la emisión o renovación de la póliza, con el pago total de la prima o el primer pago fraccionado descrito en la solicitud de la póliza, conllevará la NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO de seguro, sin necesidad de declaración judicial alguna.

II. CLÁUSULA DE MOROSIDAD

En el momento que el Asegurado haya incumplido con un pago fraccionado de la prima, conforme se encuentra pactado en las condiciones particulares de la póliza, y se haya agotado el saldo a favor de la Empresa de la prima pagada y no devengada, se entenderá que el Asegurado se encuentra en período de gracia. Por falta de pago queda entendido que se refiere también a la falta de fondos disponibles al momento de realizar el cargo a cuenta de débito o crédito, siempre y cuando el cargo se haga en fecha autorizada por el cliente.

III. CLÁUSULA DE PERÍODO DE GRACIA

Una vez que el Asegurado se encuentre en morosidad, sin necesidad de notificación previa, iniciará a correr un periodo de gracia de treinta (30) días calendarios. Vencido dicho plazo se entenderá que el Asegurado ha incurrido en incumplimiento de pago, y la póliza entrará inmediatamente en periodo de suspensión de cobertura.

IV. CLÁUSULA DE PERÍODO DE SUSPENSIÓN

La Empresa suspenderá, inmediatamente y por disposición legal, la cobertura por un período de hasta sesenta (60) días calendarios una vez vencido el periodo de gracia. Durante el presente período las coberturas contratadas y descritas en las condiciones particulares y generales de la póliza no se encuentran vigentes.

Una vez que el Asegurado haya completado el pago de la prima adeudada se rehabilitará la póliza. No obstante, la rehabilitación de la póliza no tiene efectos retroactivos; es decir, que no puede interpretarse como una prórroga de los plazos originales contratados y que estuvieron en período de suspensión.

V. CLÁUSULA DE AVISO DE CANCELACIÓN

Una vez vencido el período de gracia de cobertura la Empresa podrá preparar el aviso de cancelación, el cual debe ser notificado mediante el envío a la última dirección física, postal o electrónica del Asegurado que conste en el

expediente. Dicho aviso cumplirá sus efectos jurídicos y se tendrá por legalmente cancelada la póliza transcurridos quince (15) días hábiles posteriores a su envío.

Dicho aviso de cancelación debe ser entregado al asegurado con copia al corredor, si ha sido nombrado, a más tardar quince (15) días antes del vencimiento del período de suspensión.

Lo anterior se establece en los artículos 154 al 161, de Sección 3, efectos del Pago de la Prima de la Ley 12, de 2012 que regula la actividad de seguros y dicta otras disposiciones.

VI. CLÁUSULA DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro otorgado por esta póliza, y bajo condiciones normales, vencerá automáticamente al mediodía, hora oficial de la República de Panamá, de la fecha en que para la terminación se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza.

No obstante, el plazo de vigencia de esta póliza, las partes convienen en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante comunicación escrita. Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Empresa tendrá derecho a la parte de la prima que se había cobrado, según la tarifa, si la póliza hubiere sido originalmente por el tiempo que estuvo en vigor.

En el caso de que la Empresa lo dé por terminado, el seguro cesará en su defecto, quince (15) días hábiles después de la fecha de notificación, y la Empresa tendrá derecho a la proporción de la prima correspondiente al tiempo corrido.

Motivos de Terminación

- a. *Cancelación Automática:* Esta póliza quedará automáticamente cancelada, por fallecimiento del asegurado.
- b. *Fraude o falsedad:* Toda declaración falsa o inexacta o hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de esta póliza, o en conexión con un reclamo, y cualquier actuación dolosa contra la Empresa, trae consigo la nulidad de esta, y el derecho de la Empresa al cobro de los daños y perjuicios, si se le hubieran causado, y a promover las denuncias y querrelas correspondientes ante las autoridades competentes.
- c. *Cambios:* Ningún cambio en las condiciones de esta póliza será válido, a menos que se haga constar dicho cambio en un endoso debidamente expedido y firmado por un funcionario autorizado de la Empresa, con anterioridad a la fecha en que ocurra el siniestro.
- d. *Cesión de Póliza:* El Asegurado conviene en notificar a La Empresa, por escrito, antes de o al efectuar el traspaso de esta póliza o la cesión de los derechos en cualquier interés en ella, puesto que tal traspaso o cesión no comprometerá a la Empresa sino hasta que, su conformidad con tal traspaso o cesión haya sido endosado, por escrito, en esta póliza. De no estar conforme con tal traspaso o cesión, La Empresa tendrá derecho a cancelar esta póliza a prorrata

VII. CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN, QUEJAS Y CONTROVERSIAS

Ante cualquier diferencia o controversia en la interpretación de las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales de la presente póliza, se entenderá que prevalecen las primeras.

El presente seguro se encuentra sujeto a las Leyes de la República de Panamá, y en esa forma la competencia para resolver cualquier queja o controversia se ceñirá al procedimiento señalado por la normativa vigente.

Cualquier queja o controversia que surja de la relación con el consumidor del servicio de seguros (en adelante el Consumidor), será atendida por el "Departamento de Atención de Quejas y Controversias" de la Empresa, la cual abrirá un expediente en el que debe constar un recuento de lo acontecido y lo que se solicita por el Consumidor. Dicho procedimiento ante la Empresa se debe iniciar a más tardar a los treinta (30) días calendarios de que se haya generado la controversia o lo que motive la queja.

Le corresponde a la Empresa informar y señalar al Consumidor la ubicación del Departamento de Atención de Quejas y Controversias.

Cualquier queja o controversia debe ser resuelta por escrito en un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios y la misma será vinculante para la Empresa.

El Consumidor podrá, en caso de que no haya pronunciamiento en el plazo señalado o inconformidad con la decisión, acudir a la vía administrativa, en la forma como lo preceptúa la Ley.

VIII. CLÁUSULA DE NOTIFICACIONES Y AVISOS

Cualquier aviso que deba enviar o realizar la Empresa al Asegurado declarado en las condiciones particulares de la póliza, deberá hacerlo a la última dirección física, postal o electrónica que conste en la póliza.

Cualquier cambio que realice el Asegurado o el Corredor declarados en las condiciones particulares de la póliza, deberá ser notificado a la Empresa, pues de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Empresa.

Todo cambio en las condiciones de esta póliza será válido, cuando se cumpla lo relativo a las "NOTIFICACIONES Y AVISOS" de la presente póliza, y se haga constar dicho cambio en un endoso debidamente expedido y firmado por un funcionario autorizado de la Empresa, con anterioridad a la fecha en que ocurra el siniestro.

IX. CLÁUSULA DE RENOVACIÓN

Siempre que la Empresa hubiera recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior, podrá emitir las renovaciones de los contratos de seguros antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo período de cobertura. No obstante, la falta de pago de la prima completa o el primer pago fraccionado descrito en las condiciones particulares conllevará la NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO.

La Empresa se reserva el derecho de modificar la presente póliza, sobre la base de los estudios y cálculos actuariales y/o estadísticos, valorados individualmente, siempre y cuando se informe y comunique oportunamente los cambios a EL ASEGURADO, y de acuerdo con formalidad requeridas en las disposiciones legales.

La renovación deberá constar por escrito en documento firmado por un funcionario autorizado de la Empresa y se registrará por las condiciones particulares y generales.

Sin embargo, si en la fecha de la renovación de la póliza EL ASEGURADO haya alcanzado la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, la póliza no será renovada por ser esta la edad máxima de cobertura establecida para la póliza.

X. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza se considerará como nula desde su inicio y la Empresa quedará exenta del pago de cualquier siniestro, en caso de alguna omisión, ocultamiento, declaración falsa o declaración inexacta por parte del Asegurado o del Contratante, siempre que pudiera influir en la evaluación del riesgo, de cualquier siniestro o en la formación de la voluntad contractual de la Empresa.

XI. CLÁUSULA DE DISPUTABILIDAD

Esta póliza será disputable por la Empresa durante los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza, y será nula para todos los efectos legales, por declaraciones falsas, inexactas u omisión de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que hubiere modificado las condiciones del seguro, si la Empresa hubiese tenido conocimiento del verdadero estado del riesgo. El período de disputabilidad se contará a partir de la fecha efectiva de la póliza.

XII. CLÁUSULA DE DISPOSICIONES LEGALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de las leyes de la República de Panamá y a las condiciones de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, prevalecerá lo que dispongan estas últimas.

Las Condiciones Generales y Particulares, la Solicitud de Seguro, los endosos (si los hubiere), las cláusulas adicionales y cualesquiera otros acuerdos complementarios que se anexasen a esta póliza constituyen el contrato único de seguro entre el Asegurado y la Empresa.

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a viajes que pueda realizar fuera del país.

Cualesquiera palabras o términos técnicos definidos en la póliza se entenderán e interpretarán con sujeción a dicha definición. En caso de contradicción entre lo dispuesto en las Condiciones Generales y lo establecido en los endosos, certificados, condiciones, coberturas o documentos expedidos en el desarrollo de esta póliza, prevalecerá lo contenido en estos últimos documentos.

XIII. EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Empresa no pagará la indemnización que pudiera corresponder bajo esta póliza cuando el hecho se produjera directa o indirectamente por alguna de las siguientes causas:

- a) **Intento de Suicidio.**
- b) **Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del asegurado, o si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado o Beneficiario(s).**
- c) **Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
- d) **Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.**
- e) **Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas o experimentales.**
- f) **Por la práctica o el uso de navegación aérea, salvo que sea como pasajero en líneas aéreas comerciales.**
- g) **Enfermedades o condiciones preexistentes.**
- h) **Cuando el diagnóstico o la necesidad de hospitalización ocurra dentro del período de espera.**

XIV. CLÁUSULA DE JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa al presente contrato será dirimida exclusivamente ante los Tribunales de la República de Panamá, sede del Domicilio Legal de la Empresa.

XV. CLÁUSULA DE PAGOS FRACCIONADOS

La prima que deberá pagar el Asegurado y que aparece en las Condiciones Particulares, se convino por el período de cobertura solicitado por el Asegurado, de pago anticipado y será pagado en el domicilio social de la Empresa, o aquellos por ésta autorizados.

XVI. CLÁUSULA DE DEFINICIONES

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los endosos que se le adhieran eventualmente.

En los casos en que las Condiciones Particulares o endosos que se adhieran a esta póliza, modifiquen las Condiciones Generales aquí presentes, prevalecerán las estipulaciones de las Condiciones Particulares o endosos.

Para todos los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna:

1. **Asegurado:** Es toda persona natural, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Empresa y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Empresa y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia.
2. **Administrador del Asegurado:** Es la persona natural designada por el Asegurado en la Solicitud de Seguro a quien la Empresa hará entrega del pago de la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de esta Póliza cuando el Asegurado aún esté en vida, pero se encuentre física o mentalmente incapacitado y por consiguiente no esté en condiciones de recibir el pago.

En el evento que el Asegurado se encuentren incapacitado, ya sea por enfermedad, accidente u otra causa que le impida valerse por sí mismos en esta Póliza y/o para girar instrucciones al Administrador, queda desde ahora autorizado para actuar individual e indistintamente en nombre y representación del Asegurado.

Una vez que la Empresa haya hecho el pago al Administrador del Asegurado, se entenderá para todos los efectos legales como si el mismo hubiere sido hecho en la persona del Asegurado.

3. **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que aparece en las Condiciones Particulares y que establece la relación contractual con la Empresa con el objetivo de celebrar el presente contrato de seguro, asumiendo los derechos y obligaciones correspondientes en nombre propio y en nombre de sus empleados o miembros Asegurados.
4. **Disputabilidad:** Es el derecho que tiene la Empresa para no hacer válidas las coberturas e indemnización de estas al Asegurado o beneficiarios, cuando el Asegurado haya proporcionado a la Empresa información falsa o inexacta o ha omitido proporcionarle información solicitada por la Empresa, sobre factores relevantes para la selección de riesgo.
5. **Hora de entrada en vigor:** Queda convenido que a las doce (12:00) meridiano hora local de la ciudad de Panamá, República de Panamá, será considerada la hora efectiva con respecto a cualquier fecha referida en la póliza.
6. **Jurisdicción y derecho aplicable:** Esta póliza se somete a la jurisdicción de la República de Panamá, por lo que todas las normas legales vigentes en materia de seguros y demás le son aplicables, aunque en su texto no se haga mención específica de ese hecho.
7. **Nulidad del contrato:** El contrato de seguro no tendrá valor alguno al conocerse que ha habido declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por el Asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato.
8. **Período de gracia:** es el plazo no mayor de treinta y un (31) días para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera.
9. **Póliza:** Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, declaración de salud, así como todos los endosos de las coberturas complementarias y suplementarias que se adhieran al mismo. También forma parte de la póliza toda la información recabada por la Empresa con el propósito de que ésta haga una suscripción correcta del riesgo, tales como: la solicitud y las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro hecha por el Contratante; todas las declaraciones del Contratante y de los Asegurados, contenidas en formularios entregados por la Empresa o en documentos suministrados a la Empresa por el Contratante o el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Empresa y cualquier otra información relevante para la suscripción y selección del riesgo.
10. **Suma Asegurada:** Es el monto especificado para cada cobertura contratada por el Contratante de la póliza.
11. **Período de espera:** es el tiempo que debe transcurrir de vigencias continuas de la Póliza, para que se pueda cubrir la Renta diaria por hospitalización.

XVII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a) Colaborar a la Empresa en el proceso de investigación y ajuste de cualquier reclamación o Siniestro.
- b) Dar Aviso de Siniestro y formalizar el reclamo dentro de los plazos y condiciones definidos en la Cláusula "AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO".

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

XVIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

SECCIÓN II

CLÁUSULA DE COBERTURA, BENEFICIOS, EXCLUSIONES

I. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

La ASEGURADORA se obliga a pagar el monto diario de renta contratado para esta cobertura, sujeto al período de espera, límite y deducible indicado en las Condiciones Particulares, si el asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad o accidente y el pago del beneficio se hará efectivo una vez haya concluido el período de hospitalización.

OBJETO DEL SEGURO

La presente Póliza de Seguro de riesgos nombrados, tiene como fin indemnizar al Asegurado con la ocurrencia del Siniestro dentro de la Vigencia de la Póliza. El Siniestro se constituye con: (i) la ocurrencia de un accidente que haya requerido hospitalización; (ii) la necesidad confirmada de requerir alguna hospitalización. En cualquier caso, la indemnización estará sujeta a la confirmación a satisfacción de la Empresa de que tal hospitalización haya sido necesaria, al Período de Espera, definiciones, limitaciones, exclusiones y demás términos y condiciones de la Póliza.

Esta póliza en ningún caso cubrirá los costos de los procedimientos o atención médica alguna por enfermedad o accidente.

PERIODO DE ESPERA

A falta de una declaración específica en las Condiciones Particulares, el período de espera para la cobertura de la póliza se estipula en treinta (30) días para hospitalizaciones a consecuencia de una enfermedad.

Este período de espera solo aplicará en la primera vigencia de la póliza, no así en las siguientes, siempre y cuando la cobertura no haya sido interrumpida por ninguna causa y en ningún momento.

DEDUCIBLE

El deducible se establece en las Condiciones Particulares de la póliza y se indica como la cantidad de noches que el asegurado duerme en condición de hospitalizado que están a su propio cargo y por los cuales el ASEGURADO no tiene derecho a indemnización.

PERIODO DE BENEFICIO

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar se contarán el número de noches que el ASEGURADO duerme en condición de hospitalizado, descontando los días de deducible a cargo del Asegurado y sujeto al límite de indemnización indicado en las Condiciones Particulares.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

1. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad, siempre y cuando, ambos estén cubiertos por esta Póliza y separadas por intervalos menores a un (1) año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo del beneficio en días. Igualmente aplica para hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido doce (12) meses desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de esta, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).

II. RESPONSABILIDAD MÁXIMA. La responsabilidad de la ASEGURADORA, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada y límite de eventos contratados para cada una de estas coberturas e indicados en las Condiciones Particulares.

III. EXCLUSIONES

A. Esta Póliza no cubre:

1. La Renta por Hospitalización por Accidentes que se originen por participar en:

- 1.1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el ASEGURADO.
- 1.3. Lesiones sufridas por culpa, impericia, imprudencia o negligencias graves del ASEGURADO cuando haya ingerido alcohol, estupefacientes, estimulantes, drogas legales o ilegales, excepto si fueran prescritas por un médico.

2. Salvo pacto contrario, esta Póliza no ampara la Renta por Hospitalización por accidentes que se originen mientras el Asegurado participe en actividades como:

- 2.1. Aviación Privada, en calidad de tripulante, pasajero, o mecánico, fuera de líneas aéreas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos.
- 2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia, o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- 2.3. Conducción de motocicletas, motonetas, cuatrimotos y/o vehículos de motor similares terrestres y acuáticas.
- 2.4. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, tauromaquia, esquí, espeleología, rafting, motonáutica o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- 2.5. Suicidio o cualquier intento de este, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

B. Esta Póliza no indemnizará por hospitalización a consecuencia de:

1. Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que inicie la vigencia de la cobertura con respecto a cada ASEGURADO.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de la enajenación mental, estados de depresión psíquico-nervioso, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
3. Afecciones propias del Embarazo, incluyendo parto, cesárea, pérdida o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de accidentes.
4. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a Amigdalitis, Adenoiditis o Hernias, salvo que el ASEGURADO haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcionen el tratamiento en cuestión.
5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
6. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
7. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check-up".
8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH.
9. Tratamientos de enfermedades que son transmitidas sexualmente.
10. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza causada como resultado de actos propios del ASEGURADO o actos intencionales o deliberados de un tercero, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
11. Padecimientos preexistentes y los accidentes derivados de los mismos.

12. No se pagará ningún beneficio bajo la presente póliza cuando, sin haber presentado una reclamación válida bajo las condiciones de Renta Diaria por Hospitalización cubierta bajo esta póliza, ocurriera el fallecimiento del asegurado.

IV. AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO

- a. El Asegurado deberá avisar por escrito a la Empresa lo antes posible después de haber sido el Asegurado informado de la necesidad de una hospitalización. El plazo para dar el aviso de siniestro no deberá exceder de noventa (90) días calendarios desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del diagnóstico de alguna enfermedad que requiriese hospitalización. El beneficio prevalecerá aun cuando la hospitalización sobrepase la fecha de vencimiento de la póliza.
- b. Se deberá incluir el diagnóstico y la necesidad de hospitalización firmado por un Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer la medicina en la República de Panamá. En cualquier caso, la Empresa se reserva el derecho de obtener una Segunda Opinión de un Médico Especialista independiente. Dicho diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorios aceptables.
- c. La renta diaria por hospitalización se cubrirá únicamente cuando sea en instalaciones capacitadas y reconocidas para el procedimiento que da origen a la hospitalización.

El Asegurado debe enviar a la Empresa la reclamación formal y deberá aportar la siguiente información:

- a. Carta de Reclamación debidamente firmada por el Asegurado o el Administrador, y diagnóstico preparado por el médico tratante, debidamente completado y firmado.
- b. Pruebas Adicionales solicitadas por la Empresa: La Empresa se reserva el derecho de comprobar la ocurrencia de toda Lesión o Enfermedad, y el Asegurado autoriza a la Empresa para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades.
- c. Documentación de Segunda Opinión: El Asegurado deberá someterse a una Segunda Opinión por parte del Médico o Médicos señalados por la Empresa en caso de ser requerido.

La Empresa se reserva el derecho de solicitar una Segunda Opinión Médica para cualquier tipo de hospitalización cuando lo estime necesario y así determinar que el mismo sea Médicamente Necesario. La Empresa pagará el costo de la Segunda Opinión Médica.

El Asegurado o el Administrador facilitará toda información y documentación, si así lo exigiera la Empresa.

La presentación de los documentos e intercambio de correspondencia entre el Asegurado y la Empresa no implica responsabilidad o aplicabilidad de cobertura bajo la Póliza, ya que los documentos son requeridos precisamente para evaluar la procedencia de la indemnización.

Si el Asegurado no cumple con estas obligaciones, o si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, la Empresa tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

V. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

- a. Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que:
 - i. no exista ninguna acción judicial o investigación oficial con relación al siniestro ocurrido o a la responsabilidad del Asegurado sobre la ocurrencia del siniestro.

- ii. La Empresa haya recibido de forma oportuna y aceptado las pruebas de interés y de pérdida en las oficinas de esta Empresa de acuerdo con la Cláusulas de "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO".
- b. La Empresa indemnizará al Asegurado y/o Administrador del Asegurado el monto que corresponda por los días de hospitalización incurridos, siempre que se haya cumplido con las condiciones de aviso de reclamación, al período de espera, definiciones, limitaciones, exclusiones y demás términos y condiciones de la Póliza. En caso de que el asegurado fallezca mientras se encuentre hospitalizado y siempre que se haya cumplido con la notificación según cláusula de Aviso del Siniestro, la indemnización se entregará al Administrador nombrado por el Asegurado en la solicitud de la póliza.

Toda indemnización que la Empresa deba efectuar en virtud del presente contrato será pagadera al Asegurado o al Administrador del Asegurado en un plazo no mayor de sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que la Empresa haya recibido a satisfacción toda la información requerida.

En el caso que el asegurado no se encuentre en condiciones de recibir la indemnización, la Empresa realizará el pago al Administrador del Asegurado designado en la Solicitud del Seguro y se entenderá para todos los efectos legales como si el mismo se hubiere hecho al Asegurado.

En la eventualidad que una vez presentado el Siniestro en la Empresa, el Asegurado falleciese antes de que la Empresa hubiere realizado el pago al Asegurado o al Administrador del Asegurado, la Empresa realizará el pago al Administrador del Asegurado designado en la Solicitud del Seguro y se entenderá para todos los efectos legales como si el mismo se hubiere hecho al Asegurado.

En caso de que se llegare a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron, en cualquier forma, informes médicos, facturas, cuentas o certificados fraudulentos, la Empresa quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Además, la Empresa queda facultada para rescindir el Contrato.

VI. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La Empresa no se hará responsable por la calidad del servicio profesional o técnico recibido de cualquier institución o individuo y objeto de cobertura. Tampoco tendrá responsabilidad en reclamaciones basadas en actos de omisión, negligencia o impericia de un hospital, laboratorios, enfermera, médico o proveedor. La Empresa es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza.

De igual manera, el Asegurado exonera de responsabilidad a la Empresa por las complicaciones resultantes de cualquier negligencia en los servicios recibidos de la entidad que provee la traspotación aérea o terrestre de pacientes, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.

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

GENERAL DE SEGUROS, S.A.



Representante Autorizado

Este modelo de póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No. DRLA-067 de 29 de agosto de 2024

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