SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. CONTRATO

Esta Póliza, sus Condiciones Particulares, la Solicitud individual firmada por el Contratante, y los endosos que se le agreguen constituyen el contrato completo entre las partes contratantes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el Contratante podrá reclamar a la Aseguradora, dentro de un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde la entrega de la póliza, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, la póliza se considerará aceptada para todos los efectos legales.

Cláusula 2. DEFINICIONES:

A efectos de esta póliza, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

a) **Accidente**: Acontecimiento inesperado, repentino, súbito y ajeno a la voluntad del Asegurado, en el que participe directamente el Asegurado, producto del cual sufre daños, lesiones corporales que pueden determinarse por un médico o la muerte.

b) **Asegurado**: Persona natural o jurídica sobre quien recae el riesgo que ha sido cedido a una aseguradora por medio de la celebración de un contrato de seguro.

c) **Aseguradora:** Persona jurídica constituida o inscrita de acuerdo con las leyes de la República de Panamá y autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, que tenga por objeto operaciones de seguros y/o Fianzas. La Sociedad Aseguradora es Multibank Seguros, S.A. (en español) o Multibank Insurance Corp. (en inglés) quien suscribe la Póliza junto con el Contratante y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato, para efectos de este contrato denominada “la Aseguradora o “la Aseguradora”

d) **Beneficiario**: La persona natural o jurídica, designada por el Asegurado a quien la Aseguradora hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

e) **Contratante**: La persona natural o jurídica que suscribe la Póliza con la Aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanan, excepto las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado, conforme a los términos del presente contrato de seguro.

f) **Consumidor de Servicio de Seguros:** Es el Contratante, asegurado, beneficiario, pagador y tercero con interés legítimo en la contratación del presente seguro.

g) **Invalidez Total y Permanente**: Cuando el Asegurado sufra:

- **i.** La imposibilidad para procurarse, mediante su trabajo habitual, una remuneración superior al cincuenta por ciento (50%) de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. Para poder decretar el estado de Invalidez, se requiere que la invalidez no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que hayan transcurrido seis (6) meses a partir de la fecha del accidente que dio origen a la misma.
- **ii.** La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo a causa de accidente. En estos casos no operará el período de espera mencionado en el párrafo “i” anterior.

h) **Lesiones Corporales:** Cualquier herida sufrida por el Asegurado en su cuerpo, así como cualquier otra merma de la integridad física, incluyendo la muerte. Para ser considerado lesión, la ocurrencia debe ser como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por la póliza.

i) **Límite**: Es el monto máximo de indemnización que la Aseguradora pagará al Beneficiario o Asegurado cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

j) **Póliza:** El documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los anexos,

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

suplementos, los apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.

k) **Prima**: El precio convenido del seguro incluyendo, además de los recargos e impuestos que sean de legal aplicación
l) **Siniestro:** La ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga a la Aseguradora al pago del capital asegurado o a la prestación prevista en el contrato de seguro.

Cláusula 3. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

A. MUERTE ACCIDENTAL

La ASEGURADORA pagará la suma asegurada, si el Asegurado muere a causa de un accidente. Si la muerte fuera posterior al accidente y se hubiera indemnizado previamente al Asegurado bajo la tabla de indemnizaciones, entonces se pagará la suma asegurada luego de haber deducido las cantidades previamente pagadas.

B. HOMICIDIO CULPOSO

La ASEGURADORA pagará la suma asegurada Básica de Muerte Accidental, si el Asegurado muere víctima de un homicidio culposo. Se entiende como homicidio culposo, cuando se causa la muerte de una persona sin intención por falta de cuidado (negligencia, imprudencia), tal como se define en el artículo 133 del Código Penal de la República de Panamá.

C. MUERTE EN ACCIDENTE AÉREO – VUELOS COMERCIALES:

La ASEGURADORA pagará la suma asegurada Básica de Muerte Accidental, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de una aerolínea comercial autorizada, con itinerario fijo y honorarios de vuelos públicos, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.

La Aseguradora será responsable por el pago de las prestaciones convenidas en caso de fallecimiento, desmembramiento o invalidez total y permanente siempre que éstas sean declaradas en un plazo de ciento ochenta (180) días calendarios luego de ocurrido el accidente.

Cláusula 4. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

El Asegurado podrá contratar opcionalmente cualquiera de las siguientes coberturas adicionales que complementan o amplían la cobertura básica de muerte accidental. Para tener derecho a estas coberturas adicionales, las mismas deben estar declaradas en las condiciones particulares de la póliza.

La definición de cada cobertura es la siguiente:

A. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO:

La Aseguradora pagará al Asegurado el beneficio por desmembramiento de conformidad con la Tabla de Indemnizaciones incluida en el Anexo I de Condiciones Generales de esta póliza. La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) de la suma asegurada cuando, a causa de una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado se encuentre en estado de invalidez total y permanente. Los pagos realizados en concepto de esta cobertura se consideran un adelanto de la cobertura de muerte accidental y no en adición a la misma.

B. GASTOS MÉDICOS A CAUSA DE ACCIDENTE:

La Aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables por concepto de honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos incurridos por el Asegurado a causa de un accidente cubierto por la póliza, luego de satisfecho el deducible y hasta el límite previsto para esta cobertura según se detalla en las Condiciones Particulares.

C. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE:

Siempre que la causa fuere un accidente cubierto bajo esta póliza, la Aseguradora pagará una renta diaria del monto contratado según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para el cálculo de la indemnización se contarán las noches en que el Asegurado duerma en el hospital, luego de haber aplicado el deducible, expresado en días de hospitalización a cargo del Asegurado, según se indica en las Condiciones Particulares. El límite de cobertura máxima se señala en las condiciones particulares y se expresa como una cantidad máxima de días al año.

D. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:

La Aseguradora pagará el monto de la renta diaria convenida para el Asegurado, luego de satisfecho el deducible y hasta el límite previsto para esta cobertura según se detalla en las Condiciones Particulares, siempre que el asegurado quedare incapacitado totalmente para desempeñar su ocupación a causa de un accidente cubierto por la póliza. Para el cálculo de la indemnización se contarán los días completos de incapacidad total, luego de haber aplicado el deducible, expresado en días de incapacidad total a cargo del asegurado, según se indica en las Condiciones Particulares. El límite de cobertura máxima se señala en las condiciones particulares y se expresa como una cantidad máxima de días al año.

E. HOMICIDIO DOLOSO

La Aseguradora pagará la suma asegurada Básica de Muerte Accidental, si el Asegurado muere víctima de un homicidio doloso. **Se entiende como homicidio doloso o intencional, el ocasionado por hechos voluntarios del causante, cuando éste quiere o desea la muerte del Asegurado o cuando el causante actúa sabiendo, o al menos previendo, que la muerte del Asegurado será una consecuencia posible de sus actos, y procede a pesar de aceptar la posibilidad de que sus actos produzcan la muerte del Asegurado, tal como se define en los artículos 131, 132, 132-A y 132-B del Código Penal de la República de Panamá.**

F. MUERTE EN ACCIDENTE AEREO – VUELOS PRIVADOS:

La Aseguradora pagará la suma asegurada Básica de Muerte Accidental, si el Asegurado muere como consecuencia de un accidente aéreo, ocurrido de manera fortuita y repentina, independiente de la voluntad de cualquier persona, durante el ascenso, vuelo o descenso de una aeronave de transporte de pasajeros en vuelos privados, en la cual el Asegurado viaja como pasajero, pero no como miembro de la tripulación.

La Aseguradora será responsable por el pago de las prestaciones convenidas en caso de fallecimiento, desmembramiento o invalidez total y permanente, siempre que éstas sean declaradas en un plazo de ciento ochenta (180) días calendarios luego de ocurrido el accidente.

G. ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS

La Aseguradora realizará adelantos al (los) beneficiario (s) principal (es) hasta el monto máximo detallado en las condiciones particulares, a la presentación del Certificado de Defunción, para sufragar los últimos gastos mortuorios por el fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente, siempre que el fallecimiento haya estado cubierto, de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza. Los montos pagados por esta cobertura se consideran un adelanto de las prestaciones previstas de la cobertura de muerte accidental, por lo tanto, reducen en la misma cuantía la suma asegurada de dicha cobertura.

H. SERVICIOS DE ASISTENCIA

La Aseguradora brindará los servicios de asistencia a través de un proveedor de servicios contratado para el mismo fin. Los servicios de asistencias y límites de cobertura se detallan en su respectivo Endoso de Asistencia, el cual aplicará según sea contratado y establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

I. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN TRANSPORTE PÚBLICO

La Aseguradora pagará una indemnización adicional a la establecida en el beneficio de Muerte Accidental, hasta el límite indicado en las condiciones particulares, en el caso de muerte por accidente de tránsito que ocurriera mientras el Asegurado se encuentre viajando en un vehículo público como pasajero.

Se denomina Transporte Público, cualquier vehículo terrestre, aéreo o marítimo, debidamente autorizado por las leyes, para dedicarse a las actividades mercantiles de transporte de personas con itinerarios y rutas establecidas.

Cláusula 5. ALCANCE DE LA COBERTURA

Las coberturas garantizan al Asegurado protección contra accidentes en todo momento y lugar, las veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año, dentro y fuera del país, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir un accidente, y tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en el texto de esta póliza.

Cláusula 6. EXCLUSIONES

Quedan excluidas de indemnización las lesiones, efectos o cualquier daño corporal o moral, sufrido a consecuencia directa o indirecta de:

a) **Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad corporal o mental que no sea originado directamente por accidente u otros hechos cubiertos por la presente póliza. Específicamente se excluyen accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos, síncopes y enfermedades cardiovasculares.**
b) **Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo o en estado de sonambulismo o enajenación mental, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente por el Beneficiario o por cualquier persona que esté en complicidad con el Asegurado o Beneficiarios;**
c) **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, huelga, motín, conmoción civil, alborotos y/ o, desórdenes populares, alteración del orden público, actos de riña, desafío, o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo o de los Beneficiarios de esta póliza;**
d) **Efectos de la energía nuclear en cualquier forma;**
e) **Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como sismo, inundaciones, huracanes, tornados, erupciones volcánicas y otros;**
f) **Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave, excepto si se viaja como pasajero en líneas aéreas comerciales autorizadas con itinerario fijo o pasajero en vuelos privados cuando esta cobertura estuviera incluida en las Condiciones Particulares, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo;**
g) **Competiciones deportivas y prácticas en deportes peligrosos, tales como el boxeo, la lucha, artes marciales, tauromaquia, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología, motociclismo, ciclismo, paracaidismo, buceo con equipo de respiración, montañismo, charrería, equitación y alpinismo y/o cualquier deporte extremo;**
h) **Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias sicotrópicas y alucinantes.**
i) **Cuando el Asegurado actúe como piloto o pasajero en algún vehículo que participe en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad;**
j) **Accidentes que se produzcan en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente;**
k) **Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen substancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas;**
l) **Accidentes causados como consecuencia del incumplimiento de las leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes en la República de Panamá;**

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

m) Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos o por malicia o imprudencia del Asegurado;
n) Accidentes ocurridos en período durante el cual el Asegurado esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
o) Accidentes ocurridos por la participación del Asegurado en homicidio o acciones dolosas de cualquier tipo, y cuando el Asegurado esté involucrado en actividades violatorias de la ley y contra su propia vida.
p) Accidentes ocurridos en razón de estar ejerciendo una ocupación diferente, aunque sea de manera temporal, a la declarada por él o sus representantes.
q) Accidentes ocurridos fuera del país, cuando el asegurado hubiera mudado su residencia habitual fuera de éste, aunque sea de manera temporal.
r) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.
s) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo sea motivado por las lesiones accidentales.
t) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
u) En motocicletas, motonetas, scooter y otros vehículos de motor similares.
v) Pandemia, epidemia, influenza y cualquier otra enfermedad infecciosa o contagiosa declarada por la Organización Mundial de Salud o el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

No estarán cubiertos bajo la cobertura de Gastos Médicos, a menos que se deje expresamente estipulado lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza, los siguientes gastos:

w) Órtesis y prótesis
x) La atención particular de enfermería
y) Los traslados del asegurado por una distancia mayor a cincuenta (50) kilómetros.
z) Hospitalización para fines de reposo.
aa) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provenga.
bb) La atención dental en general que no sea a consecuencia directa del accidente cubierto.
cc) Cualquier gasto médico que no sea a consecuencia de un accidente cubierto.

Cláusula 7. CAMBIO DE OCUPACIÓN O RESIDENCIA

En caso de que el asegurado mude su residencia fuera de la República de Panamá o cambie su ocupación, aunque sea de manera temporal, deberá informar a la Aseguradora para que revalúe la continuidad del seguro de acuerdo a las nuevas condiciones de riesgo y, en su caso, le informe la nueva prima que le corresponde.

Cláusula 8. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

Este seguro tendrá una vigencia de un (1) año, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia, y se renovará automáticamente por períodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre la Aseguradora y el Contratante.

Cláusula 9. TERMINACION DE LA COBERTURA

Este seguro terminará para el Asegurado en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) Solicitud de cancelación por parte del Contratante.
b) Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Contratante.
c) Omisión o falsedad de información que, en caso de haberse conocido al momento de la emisión, hubiere dado lugar a que la Aseguradora hubiese rechazado la solicitud de póliza o hubiere tarificado con recargos la propuesta.
d) Vencimiento del periodo de suspensión de cobertura y realizado el aviso conforme a la ley.

e) **Fallecimiento del Asegurado.**
f) **Vencimiento del plazo de cobertura contratado.**
g) **Ocurra un siniestro que esté amparado por una cobertura adicional contratada, en el que se abone la indemnización cuyo efecto sea la terminación o anulación anticipada de este seguro o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los endosos respectivos.**

Cláusula 10. PRIMAS

La Prima será pagada por el Contratante en la oficina principal de la Aseguradora o en los lugares que se acuerden entre las partes, en la forma y con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. La Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Cláusula 11. PERIODO DE GRACIA Y CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO

Se concederá un período de gracia de treinta (30) días calendarios para el pago de la prima adeudada bajo esta Póliza en cualquier fecha de vencimiento excepto la primera. 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 indicado por el Asegurado.

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.

Cláusula 12. SUSPENSIÓN DE COBERTURA.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012, cuando el contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del periodo de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza, hasta por sesenta (60) días.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

Si el siniestro ocurre durante el plazo de suspensión de cobertura de la Póliza, no habrá lugar a indemnización alguna.

Cláusula 13. AVISO DE CANCELACIÓN

La Aseguradora podrá cancelar la Póliza en cualquier momento enviando un aviso de cancelación por escrito con quince (15) días hábiles de anticipación a la última dirección física, postal o electrónica del Contratante, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. La copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al Corredor de Seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante, éste deberá notificarlo a la Aseguradora, de lo contrario, se tendrá por válida la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de esta Póliza. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y en caso de siniestro, se pagará la suma asegurada convenida en la póliza, menos las primas adeudadas, tal cual lo estipula el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012 y el artículo 998 del Código de Comercio.

Cláusula 14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Dentro de los primeros quince (15) días calendarios de haber ocurrido el accidente cubierto, el Asegurado, su designado o su Beneficiario, deberá dar aviso a la Aseguradora por escrito. Si se trata de un caso de muerte accidental, es obligatorio dar aviso inmediato a la Aseguradora. Asimismo, deberán ser presentados a la Aseguradora con la mayor brevedad posible, dentro de los quince (15) días calendarios a contar desde la fecha del primer aviso, los siguientes documentos:

a. En caso de muerte debe suministrar:
   - Informe de la fiscalía (Protocolo de Necropsia).
   - Certificado de defunción del Asegurado (original) y con los sellos originales del Registro Civil.
   - Certificado de nacimiento del Asegurado (fecha reciente) expedido por el tribunal electoral.
   - Fotocopias claras de las cédulas del Asegurado y los beneficiarios. Certificados de nacimiento en caso de que los beneficiarios sean menores de edad.
   - Parte policivo o informe de las autoridades correspondientes en caso de accidente de tránsito terrestre, aéreo o marítimo.

b. En caso de Pérdida de Miembros:
   - Un certificado médico que exprese tal condición para el Asegurado, así como una segunda opinión sobre el particular a discreción de la Aseguradora.

c. En caso de invalidez total y permanente:
   - Un certificado médico que exprese tal condición para el Asegurado, así como una segunda opinión sobre el particular a discreción de la Aseguradora.
   - Resolución de la Caja de Seguro Social (Si es cotizante).

d. En caso de reclamación por Gastos Médicos
   - Debe presentar facturas originales de los gastos, más el recibo de pago de deducible si lo hubiera pagado. El deducible está indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

e. En caso de reclamación por Renta Diaria por Hospitalización
   - Entregar a la Aseguradora certificado del centro hospitalario especificando: fecha de ingreso del paciente, fecha de salida del paciente y causa de la hospitalización, con el sello del médico tratante.

f. En caso de reclamo por Renta Diaria por Incapacidad Temporal:
   - Si el Asegurado es atendido por un médico o centro médico privado, deberá presentar carta que certifique el diagnóstico y los días de incapacidad, emitida por el médico tratante.
   - Si el Asegurado es atendido por Riesgos Profesionales de la Caja del Seguro Social, deberá presentar carta que certifique el diagnóstico y los días de incapacidad, emitida por esta entidad.

Además, la Aseguradora podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del accidente como causante de la pérdida, y el ajuste del reclamo o las estipulaciones de esta póliza, tales como los documentos que se mencionan en la sección sobre derecho de subrogación de esta póliza.

Cláusula 15. PLAZO PARA INDEMNIZAR

Una vez que la aseguradora acepte su responsabilidad por la indemnización de su reclamo por siniestro cubierto, y siempre que no exista ninguna acción judicial o investigación oficial en relación al siniestro ocurrido, la Aseguradora deberá, dentro de los siguientes treinta (30) días calendarios, proceder a indemnizar al Asegurado según los términos de esta póliza.

Cláusula 16. PÉRDIDA DE DERECHOS DE INDEMNIZACIÓN.

En caso de que la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarla, fueren en alguna forma fraudulentos, o si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

Ningún reclamo bajo esta póliza será pagadero a menos que los términos de este inciso se hayan cumplido. La Aseguradora no será responsable por ninguna pérdida o daño de la cual no haya recibido notificación quince (15) días calendarios después de ocurrir el siniestro.

Cláusula 17. NULIDAD DE LA PÓLIZA

La Aseguradora tendrá el derecho a solicitar la nulidad del contrato de seguros en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza si ha mediado dolo o mala fe por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes en el suministro

de la información relevante al riesgo, incluyendo toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, el Contratante, o sus representantes, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 1000 del Código de Comercio. La Aseguradora contará con un plazo de un (1) año contado a partir de la fecha en que tome conocimiento para interponer la acción de nulidad correspondiente.

Cláusula 18. NULIDAD ABSOLUTA

Cualquiera que sea la forma de pago de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado y/o Pagador deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la Póliza. El incumplimiento del Contratante y/o Asegurado y/o Pagador de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la Póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual no se aplicará lo dispuesto en el artículo 998 del Código de Comercio, tal cual lo estipula el artículo 154 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

Cláusula 19. ACCIONES LEGALES Y PRESCRIPCIÓN

No se podrá entablar acción legal alguna para cobrar cualquier suma bajo esta Póliza antes de transcurridos sesenta (60) días calendarios después de haberse presentado la prueba del siniestro de acuerdo con los requisitos de esta Póliza. **Las obligaciones de la Aseguradora prescriben en el plazo de un (1) año, computado desde que las mismas son exigibles.**

Cláusula 20. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El Contratante o el Asegurado y la Aseguradora se someterán a la jurisdicción de la República de Panamá en los Tribunales de la República de Panamá para resolver controversias, desacuerdos o conflictos que surjan entre ellos con relación a esta póliza. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir por mutuo acuerdo someter sus controversias a arbitraje si lo consideran conveniente, y, para tales efectos, serán sometidas al dictamen de un árbitro a ser nombrado por escrito por las partes en disputa, o, si no llegaren a ponerse de acuerdo sobre un solo árbitro, al dictamen de dos (2) árbitros, uno nombrado por escrito por cada una de las partes, dentro de un (1) mes calendario, o, en caso de que los árbitros no estuvieren de acuerdo, al dictamen de un tercero nombrado por escrito por los árbitros antes de entrar a conocer el caso.

Cláusula 21. COMUNICACIONES

Para todos los efectos de la presente Póliza, el Contratante está obligado a comunicar a la Aseguradora por escrito sus cambios de domicilio, cambios postales, correo electrónico, números de teléfonos fijos y celulares. A falta de ello, todas las comunicaciones dirigidas al último domicilio físico, postal o electrónico conocido por la Aseguradora surtirán pleno efecto.

Cláusula 22. LIMITACIÓN DE SANCIONES

La Aseguradora no otorgará cobertura ni será responsable del pago de cualquier reclamación, o proporcionará ningún beneficio por el presente contrato si la provisión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o disposición de tales beneficios, expusiere a la Aseguradora a cualquier sanción, prohibición o restricción de conformidad con las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones económicas, las leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido, Estados Unidos de América, la República de Panamá, y/o de cualquier otra jurisdicción que pudiere aplicar.

Cláusula 23. 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 Ejecutivo responsable del Servicio de Atención de Controversias y Quejas de la Compañía, la cual abrirá un expediente en el que debe constar un recuento

de lo acontecido y lo que solicita el Consumidor. Dicho procedimiento ante la Compañía 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 Compañía informar y señalar al Consumidor la ubicación del Ejecutivo responsable del Servicio de Atención de Controversias y Quejas de la Compañía. 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 Compañía. 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.

CONTRATANTE	LA COMPAÑÍA

Aprobada mediante resolución original N°0390 de 15 de noviembre de 2012 emitida por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, mediante la cual se autoriza a Multibank Seguros, S.A. ó Multibank Insurance Corp., a la comercialización del producto **“Seguro Individual de Accidentes Personales”**, identificado con el Código **FORMA AP02**.

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

ANEXO 1: TABLA DE INDEMNIZACION

DESCRIPCIÓN DE PÉRDIDAS	Porcentaje de Indemnización
Muerte Accidental o Pérdida de dos miembros.	100%
Pérdida de visión de ambos ojos, o pérdida de un miembro y la vista de un ojo.	100%
Fractura irrecuperable de la columna vertebral que determinase la Incapacidad Total y Permanente.	100%
Sordera total e irrecuperable de ambos oídos.	50%
Sordera total e irrecuperable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%
Pérdida Total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	40%

PÉRDIDA DE EXTREMIDADES SUPERIORES	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total de un brazo.	65%	52%
Pérdida total de una mano.	60%	48%
Fractura no consolidada de una mano (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 el meñique.	8%	6%

PÉRDIDA DE EXTREMIDADES INFERIORES	Porcentaje de Indemnización
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 del pie).	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%
Acortamiento de un miembro inferior, mayor o igual a cinco centímetros.	15%
Acortamiento de un miembro inferior de tres a cinco centímetros.	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie.	8%
Pérdida total del otro dedo del pie.	4%

Por pérdida total se entiende la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
La compensación total pagadera por concepto de varias indemnizaciones debidas al mismo accidente no excederá en conjunto de la compensación establecida para la pérdida accidental de la vida.
La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la lesión deriva de seudo-artrosis, la indemnización no podrá exceder el setenta por ciento (70%) de la que le correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

Si la persona asegurada es zurda (y así es comprobado por LA ASEGURADORA) y sufre una pérdida cualquiera de las extremidades superiores, tal y como se especifica en la Tabla de PÉRDIDA DE EXTREMIDADES SUPERIORES, la compensación que será pagada será aquélla que determine LA ASEGURADORA aplicando los porcentajes correspondientes a una persona considerada “Derecho”.