

Colectivo de Vida

Condiciones Generales



CONDICIONES GENERALES
INDICE

Cláusula 1 Contrato.....	4
Cláusula 2 Cobertura Básica.....	4
Cláusula 3 Definiciones.....	4
Cláusula 4 Elegibilidad.....	5
Cláusula 5 Exclusiones.....	6
Cláusula 6 Disputabilidad.....	6
Cláusula 7 Nulidad.....	7
Cláusula 8 Vigencia y Renovación.....	7
Cláusula 9 Causales de Terminación.....	7
Cláusula 10 Beneficiarios.....	8
Cláusula 11 Prima y Período de Gracia.....	8
Cláusula 12 Suspensión de Cobertura.....	9
Cláusula 13 Aviso de Cancelación.....	9
Cláusula 14 Registro de Asegurados.....	9
Cláusula 15 Siniestros Elegibles.....	10
Cláusula 16 Presentación de Siniestro.....	10
Cláusula 17 Plazo para Indemnizar.....	10
Cláusula 18 Examen.....	11
Cláusula 19 Pérdida de Derechos de Indemnización.....	11
Cláusula 20 Prescripción.....	11
Cláusula 21 Comunicaciones.....	11
Cláusula 22 Controversias y Conflictos.....	11
Cláusula 23 Arbitraje.....	11
Cláusula 24 Proceso de Quejas.....	11
Cláusula 25 Exclusión y Limitación de Sanciones.....	12

Cláusula 26 Debida Diligencia y Compromisos del Asegurado.....	12
Cláusula 27 Blanqueo de Capitales.....	12
Cláusula 28 Efectos y Responsabilidades del Corredor de Seguros y Sociedad Corredora de Seguros.....	12
Cláusula 29 Clausula de Protección de Datos.....	12
Cláusula 27 Blanqueo de Capitales.....	12

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. CONTRATO

Esta póliza, sus Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Especiales si las hay, Endosos y las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE o ACREEDOR y EL ASEGURADO contenidas en la solicitud de seguro, las declaraciones del médico evaluador e informes referentes a la salud del asegurado que eventualmente sean requeridas son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de este contrato.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, EL CONTRATANTE o ACREEDOR podrá reclamar a LA COMPAÑÍA, en el plazo de treinta (30) días calendarios desde la entrega de la póliza, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, la póliza entregada se considerará en firme.

CLÁUSULA 2. COBERTURA BÁSICA

LA COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares al Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor a causa del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia de su cobertura y sujeto a las limitaciones y exclusiones establecidas en este contrato.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES

A efectos de esta póliza, se entiende por:

- 1. ACREEDOR:** La persona Jurídica que suscribe la Póliza con LA COMPAÑÍA, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanen, excepto las que por su naturaleza, deban ser cumplidas por EL ASEGURADO, y quien actúa en nombre de la Colectividad que asegura, bajo las condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo suscrito entre el Acreedor y EL ASEGURADO Deudor, de ahora en adelante llamado ASEGURADO, y que puede pertenecer al Grupo Asegurable.
- 2. ASEGURADO:** La persona física sobre cuya vida o integridad física se estipula el seguro y que pertenece a una colectividad o grupo asegurable.
- 3. ADMINISTRADOR FIDUCIARIO:** Persona natural o jurídica designada por EL ASEGURADO para recibir el pago de la indemnización en caso de un Beneficiario menor de edad.
- 4. BENEFICIARIO:** La persona o personas físicas o jurídicas con interés lícito de carácter económico o afectivo en el Asegurado, o quien actúe como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de la cobertura. El Beneficiario podrá ser nombrado por el Asegurado a título gratuito o a título oneroso, y si el Asegurado no establece claramente que los Beneficiarios de esta Póliza fueron designados a título oneroso, se presumirá que han sido designados a título gratuito.
- 5. BENEFICIARIO ACREEDOR:** es aquella persona que, por designación de EL ASEGURADO, tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de Beneficiario ACREEDOR, se le ha designado. Sólo puede ser modificado por EL ASEGURADO con consentimiento del propio Beneficiario ACREEDOR. En este caso, la suma asegurada corresponderá al saldo del capital que adeude EL ASEGURADO al momento de su fallecimiento, de acuerdo a las condiciones de la Póliza.
- 6. BENEFICIARIO CONTINGENTE:** Persona designada por EL ASEGURADO para recibir el pago de la indemnización del seguro en reemplazo del o los beneficiarios primarios que a la fecha del fallecimiento del asegurado también hubieran fallecido.
- 7. CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Documento emitido por LA COMPAÑÍA, en el cual se reflejan los datos de EL ASEGURADO, la SUMA ASEGURADA y los Beneficios del Seguro.
- 8. COMPAÑÍA:** La Sociedad Aseguradora es Aliado Seguros, S. A. quien suscribe la Póliza junto con EL CONTRATANTE o ACREEDOR y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato, sea de supervivencia, fallecimiento o cualquier otro.

9. **CONTRATANTE:** La persona física o jurídica que suscribe la Póliza con LA COMPAÑÍA, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanen, excepto las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por EL ASEGURADO, conforme a los términos del presente contrato de seguro.
10. **EDAD:** La que tenga EL ASEGURADO al momento del ingreso a la póliza y en cada renovación de su vigencia.
11. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualesquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, síntoma, padecimiento o problema de salud en general que afecte a EL ASEGURADO y que sea conocida o debió ser conocida por él, o haya sido diagnosticada o que esté siendo investigada o esté en proceso de estudio de diagnóstico, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la póliza.
12. **DISPUTABILIDAD (Derecho de):** El derecho de LA COMPAÑÍA de impugnar judicialmente la validez del contrato de seguro por omisión, fraude, declaración inexacta o reticente u ocultamiento de información relevante al riesgo por parte del ASEGURADO O CONTRATANTE.
13. **GRUPO ASEGURABLE:** Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido por todas las personas que pertenezcan al Grupo que represente EL CONTRATANTE o ACREEDOR que se haya formado para un propósito distinto que contratar el seguro de vida y que reúnan los requisitos para ser asegurados mediante este Contrato. En caso de ser EL ACREEDOR el que haya formado el Grupo Asegurable, se entiende que los ASEGURADOS mantienen una deuda pendiente de amortizar con el mismo, en concepto de préstamos.
14. **GRUPO ASEGURADO:** El Grupo Asegurado lo integran las personas que perteneciendo al grupo asegurable y habiendo firmado los consentimientos respectivos o reportados por EL CONTRATANTE o ACREEDOR, aparezcan inscritas en el registro de Asegurados de esta póliza.
15. **HORA EFECTIVA:** Se entiende las 12:00 meridiano hora nacional de la República de Panamá, para cualesquiera fechas consideradas en esta póliza.
16. **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, los Endosos y los Apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.
17. **PRIMA:** Es la cantidad de dinero que se obliga a pagar el Contratante o acreedor al comprar la póliza de seguro, para que a su vez por este precio LA COMPAÑÍA tenga la obligación de darle una cobertura y eventualmente pagarle una indemnización en caso de ocurrir un siniestro cubierto bajo la póliza. La misma debe incluir los recargos, e impuestos exigidos por la Ley.
18. **RANGO DE EDAD:** Intervalo definido por la Edad Mínima y Edad Máxima en que una persona pueda ser asegurable.
19. **SINIESTRO:** La ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga a LA COMPAÑÍA al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
20. **SOLICITUD DE SEGUROS:** Documento que deberá completar EL ASEGURADO, con el propósito que LA COMPAÑÍA pueda evaluar el Riesgo.
21. **SUMA ASEGURADA:** Es la suma de dinero que LA COMPAÑÍA pagará al Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura, según se indica en las Condiciones Particulares y en los Certificados de la póliza.
22. **TABLA DE AMORTIZACION:** Documento que deberá ser entregado a LA COMPAÑÍA por el Beneficiario Acreedor, en el cual se refleja la liquidación del préstamo, y la SUMA ASEGURADA a pagar por LA COMPAÑÍA por el reclamo.

CLÁUSULA 4. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que

- a. Formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza,
- b. Su edad se encuentra en el Rango de Admisión establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c. Gozan de buena salud de acuerdo a lo indicado en la solicitud de seguros.
- d. Han satisfecho los exámenes médicos y de laboratorio requeridos.

Si EL CONTRATANTE o ACREEDOR incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad

establecidos o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, LA COMPAÑÍA solo estará obligada a devolver las sumas de dinero que por ellos hubiere recibido. A su vez, si EL ASEGURADO tuviere dos (2) o más préstamos cubiertos con la presente póliza, y que, al momento del fallecimiento del mismo, ambos préstamos cubiertos excedieren del límite máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará únicamente LA SUMA ASEGURADA según la Tabla de Amortización, neto de intereses. En este caso, LA COMPAÑÍA está obligada a devolver a EL CONTRATANTE o ACREEDOR la prima pagada en exceso.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

- a. Enfermedad preexistente. No se considerará como Enfermedad preexistente causal de exclusión del presente seguro aquellas declaradas por EL ASEGURADO en la solicitud de seguro y aceptadas como parte del riesgo.**
- b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias, dentro de los dos (2) primeros años de vigencia del seguro o de cualquier rehabilitación.**
- c. Suicidio consciente o inconsciente, estando o no EL ASEGURADO en su sano juicio, dentro de los dos (2) primeros años de vigencia del seguro o de cualquier rehabilitación.**
- d. Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.**
- e. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor; o por quien pudiere verse beneficiado por la cantidad asegurada o la indemnización.**
- f. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.**
- g. Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, actos de terrorismo, guerra o desastre bacteriológico o epidémico, y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.**
- h. Participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante del riesgo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte de riesgo el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos de altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, alas delta, parapente, carreras de auto, moto, salto en bungee, deportes de lucha y exhibición, entre otros.**
- i. Pena de Muerte o participación en cualquier acto delictivo.**

De ocurrir el fallecimiento de EL ASEGURADO debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho ASEGURADO, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de LA COMPAÑÍA. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás asegurados.

CLÁUSULA 6. DISPUTABILIDAD

Esta póliza será disputable por LA COMPAÑÍA durante un período de veinticuatro (24) meses contados a partir de su fecha de emisión, si se comprueba que ha mediado omisión, declaración inexacta o reticente u ocultamiento de información relevante al riesgo. LA COMPAÑÍA contará con un plazo de un (1) año a partir de la fecha en que tome conocimiento de la omisión, inexactitud o reticencia para declarar no cubierto los riesgos asegurados.

De acuerdo con la naturaleza de la póliza, la disputabilidad se podrá ejercer para cada asegurado de la póliza, en cuyo caso los tiempos se comienzan a contar desde su última inclusión como ASEGURADO. En el caso de modificaciones de Suma Asegurada, el derecho de LA COMPAÑÍA de disputar la póliza se considerará a partir de la vigencia de cualquier aumento de la Suma Asegurada, en lo que respecta a la Suma aumentada.

No será pagada ninguna Suma Asegurada al Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor, dado el caso que la cobertura de la presente póliza surja de manera automática sin requerir Solicitud de Salud previa autorización de LA COMPAÑÍA, siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia de una enfermedad o lesión padecida por el ASEGURADO, antes de su entrada en la cobertura de la presente póliza. Si el fallecimiento de EL ASEGURADO ocurre posterior a los veinticuatro (24) meses de inicio de la cobertura para el Asegurado, se podrá contemplar como cubierto el riesgo.

CLÁUSULA 7. NULIDAD

LA COMPAÑÍA podrá anular esta póliza según los siguientes artículos:

“Artículo 154 de la Ley 12 del 03 de abril de 2012 que regula la actividad de Seguros y dicta otras disposiciones: Causal de nulidad absoluta especial para los contratos de seguro.

Cualquiera que sea la forma de pago, el contratante deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la póliza. El incumplimiento del contratante de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entró en vigor, 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.”

“Artículo 1000 del Código de Comercio: Toda 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 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, el Asegurador tiene derecho a los premios pagados; si proviniera del Asegurador o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por premios, más un diez por ciento en calidad de perjuicios.”

Esta cláusula se actualizará automáticamente con cualquier actualización del mencionado artículo 1000.

CLÁUSULA 8. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

Esta póliza tendrá una vigencia de un (1) año, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia, con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, podrá ser renovada, sujeto a los términos de renovación acordados entre la compañía y el contratante o acreedor. En caso de que LA COMPAÑÍA desee introducir modificaciones a las condiciones del seguro, deberá informar a EL ASEGURADO o CONTRATANTE o ACREEDOR de tales cambios con una anterioridad de treinta (30) días calendarios previos a la fecha de renovación. Cualquier modificación o ajuste de prima deberá estar sujeta a los valores máximos de los parámetros aprobados por la Superintendencia de Seguros de la República de Panamá.

Las personas que ingresen en el futuro a la entidad contratante o acreedor a que pertenece el grupo de asegurados de esta póliza, serán incorporadas a este seguro luego de que la Aseguradora haya aceptado la solicitud de seguros y el contratante o acreedor haya pagado la prima correspondiente, previa satisfacción de los requisitos de asegurabilidad establecidos.

CLÁUSULA 9. CAUSALES DE TERMINACIÓN

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

- a) Fallecimiento de EL ASEGURADO.**
- b) Terminación de la vigencia de la póliza.**
- c) Solicitud de cancelación por parte del CONTRATANTE O ACREEDOR.**
- d) En el instante en que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo contractual con la entidad CONTRATANTE O ACREEDOR en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados.**

- e) Omisión o falsedad de información que en caso de haberse conocido al momento de la emisión, LA COMPAÑÍA hubiese rechazado o tarifado con recargos la propuesta, siempre y cuando sea requerida la solicitud de salud.
- f) Que EL CONTRATANTE O ACREEDOR no envíe los reportes de primas de tres (3) meses consecutivos, y luego de enviarle notificación de cancelación por escrito mediante carta certificada o correo electrónico a la última dirección fijada en la póliza, con quince (15) días calendarios de anticipación.
- g) Al alcanzar El Asegurado la máxima edad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- h) Cuando LA COMPAÑÍA envíe notificación de cancelación por escrito mediante carta certificada o correo electrónico a la última dirección fijada en la póliza, con quince (15) días calendarios de anticipación. Con copia al corredor de seguros.

Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás ASEGURADOS, salvo Cancelación de la Póliza por parte del CONTRATANTE o ACREEDOR o el fin de la vigencia de la póliza principal.

CLÁUSULA 10. BENEFICIARIOS

Los beneficios otorgados por el pago de las prestaciones establecidas en la cobertura de esta Póliza serán pagados al Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor expresamente señalados por EL ASEGURADO que hayan sido registrados en la Póliza antes de la fecha de fallecimiento.

En caso de que no se hayan designado, o estos no se encuentren con vida, o la designación se torne ineficaz, el Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor serán los herederos del Asegurado según la legislación aplicable. Si se designare a dos o más Beneficiarios, Beneficiarios Contingentes o Beneficiario Acreedores se entenderá que éstos tendrán una participación igual y con derecho a acrecer, salvo que el Asegurado indique lo contrario.

EL ASEGURADO podrá modificar su designación de Beneficiario y/o Beneficiario Contingente informando a LA COMPAÑÍA por escrito, cuando así lo estime conveniente y en la medida que no haya restricción para hacerlo. LA COMPAÑÍA pagará válidamente al Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor registrado en esta Póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a LA COMPAÑÍA con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Queda entendido y convenido que, en caso de siniestro, la indemnización se pagará al Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor hasta la concurrencia de su interés al momento de producirse dicho siniestro. El saldo, si lo hubiere, corresponde a los demás Beneficiarios, Beneficiarios Contingente o Beneficiario Acreedor.

En caso de que EL ASEGURADO haya dejado de pagar las cuotas estipuladas en la tabla de amortización, esto no afectará la suma Asegurada que deberá pagar LA COMPAÑÍA al Beneficiario Acreedor, entendiéndose que el monto a pagar corresponderá al decrecimiento establecido y cuantías previstas en la referida Tabla de amortización.

CLÁUSULA 11. PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

- a) **PAGO DE PRIMA:** La prima será pagada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO o ACREEDOR, en la oficina principal de LA COMPAÑÍA o en los lugares que ésta designe, la misma será pagada en la frecuencia, monto y forma de pagos indicados en las Condiciones Particulares o endoso de pago. Estas Condiciones Generales aplican lo estipulado en la Ley vigente por lo que se notificará por escrito a EL ASEGURADO el incumplimiento de cualquiera de los pagos aquí acordados, al domicilio de EL ASEGURADO o dirección postal, concediéndole quince (15) días hábiles para que pague, de conformidad con lo establecido en el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012 "Que regula la actividad de Seguros y dicta otras disposiciones". LA COMPAÑÍA 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.

b) PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA

Se concede a EL ASEGURADO un periodo de gracia de treinta (30) días calendarios, siguientes a la fecha en que EL CONTRATANTE debió realizar el pago, según lo previsto en la póliza. En caso de diferencia entre el término de período de gracia establecido en la póliza y la Ley de Seguros, se tendrá por válido aquel que sea más beneficioso a EL CONTRATANTE de conformidad con el artículo 160 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012 “Que regula la actividad de Seguros y dicta otras disposiciones”. En caso de siniestro LA COMPAÑÍA pagara la indemnización que corresponda, deduciendo de la misma el importe de la prima no pagada.

El BENEFICIARIO ACREEDOR es el responsable del pago de la prima de esta póliza, en caso de préstamos. La morosidad del Asegurado para con el Beneficiario Acreedor, no afectara en ninguna circunstancia el monto establecido en la Tabla de Amortización para los efectos del pago de la Indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado.

CLÁUSULA 12. SUSPENSION DE COBERTURA

Cuando EL CONTRATANTE haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del período de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la presente póliza, 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 período 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 “Que regula la actividad de Seguros y dicta otras disposiciones”.

CLÁUSULA 13. AVISO DE CANCELACION (ARTICULO 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012)

Todo aviso de cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío a EL CONTRATANTE a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al Corredor de Seguros.

Cualquier cambio de dirección de EL CONTRATANTE deberá notificarlo a LA COMPAÑÍA, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse a EL CONTRATANTE por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 14. REGISTRO DE ASEGURADOS

LA COMPAÑÍA llevará un registro de ASEGURADOS en el que consta el Nombre, Edad, Cédula de Identificación, Suma Asegurada y Fechas de Ingreso y Egreso del asegurado a la Póliza y el número de Certificado Individual que le corresponde.

Serán obligaciones de EL CONTRATANTE o ACREEDOR mantener informado a LA COMPAÑÍA sobre los riesgos asegurados en la póliza y las coberturas contratadas:

- a) Comunicando a LA COMPAÑÍA los nuevos Ingresos al Grupo, remitiendo las solicitudes de cobertura respectivas, si tales solicitudes fueran requeridas por la Compañía, en los que se deberá incluir el Nombre y Cédula del

Asegurado, Ocupación, Fecha de Nacimiento, Suma Asegurada y Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor, cuando corresponda; y

- b) Comunicando a LA COMPAÑÍA las bajas definitivas del grupo asegurado; o bien
- c) Enviando un listado de los ASEGURADOS vigentes a cada mes con la información requerida en el punto (a) de este artículo, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes al fin de cada mes.

Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor ni continuará aquel seguro que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará un ajuste de prima equitativo.

SINIESTROS ELEGIBLES:

Se considerarán siniestros elegibles aquellos que:

- a) Provenzan de declaraciones de salud previamente aprobadas por LA COMPAÑÍA, siempre y cuando hayan sido requeridas por esta y cuando la causa de muerte no corresponda a condiciones pre-existentes no declaradas previas a la contratación del seguro o
- b) Su cobertura de seguro no haya sido disputada por LA COMPAÑÍA.
- c) Que los siniestros ocurridos correspondan a personas que fueron incluidas en el “Reporte Mensual de ASEGURADOS”, elaborado por EL CONTRATANTE o ACREEDOR en el mes del fallecimiento y que existan en cada uno de los reportes anteriores al mes del fallecimiento, iniciando con el reporte correspondiente al inicio de la vigencia de cobertura de EL ASEGURADO.
- d) Siniestros que hayan ocurrido durante la presente vigencia y sean sometidos a LA COMPAÑÍA a más tardar sesenta (60) días posteriores al término de la vigencia de la renovación.**
- e) Siniestros de personas que sean menores a la edad contemplada en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA 15. PRESENTACION DE SINIESTRO

Al fallecimiento de EL ASEGURADO, el Beneficiario, el Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor, acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago de la suma asegurada presentando la siguiente documentación:

- a) Certificado de Defunción original del asegurado;
- b) Formulario único de Parte Clínico de Defunción donde se declaró la muerte de EL ASEGURADO.
- c) Fotocopia de cédula del asegurado.
- d) Fotocopia de cédula de los Beneficiario, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor. Certificados de nacimiento en caso de que los Beneficiarios, Beneficiario Contingente o Beneficiario Acreedor sean menores de edad; e
- e) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento de EL ASEGURADO, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA 16. PLAZO PARA INDEMNIZAR

LA COMPAÑÍA dispondrá de un plazo de treinta (30) días calendarios para el pago de los beneficios previstos, contados a partir de la entrega del último documento requerido en la cláusula anterior.

Si, EL ASEGURADO hubiere tenido más de la edad máxima de ingreso, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, al momento de incorporarse a la póliza o hubiere tenido más de la edad máxima de permanencia a la fecha de ocurrencia del siniestro, LA COMPAÑÍA sólo devolverá a EL CONTRATANTE o ACREEDOR la prima recibida sin intereses.

Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará la Suma Asegurada y se devolverá a EL CONTRATANTE o ACREEDOR el exceso de prima recibida sin intereses.

CLÁUSULA 17. EXAMEN

LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y a, menos que esté prohibido por la Ley, a practicar autopsia ya sea antes o después del entierro en el evento de una investigación del siniestro.

CLÁUSULA 18. 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.

CLÁUSULA 19. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de LA COMPAÑÍA prescriben en el plazo de un (1) año computado desde que las mismas son exigibles.

CLÁUSULA 20. COMUNICACIONES

Para todos los efectos de la presente Póliza, EL CONTRATANTE o ACREEDOR está obligado a comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito sus cambios de domicilio. A falta de ello, todas las comunicaciones dirigidas al último domicilio o correo electrónico conocido por LA COMPAÑÍA surtirán pleno efecto.

EL CONTRATANTE o ACREEDOR se compromete a comunicar cualquier cambio de ocupación, actividad, pasatiempo o profesión de EL ASEGURADO dentro de los tres (3) meses contados a partir de la fecha de la notificación del cambio por parte de EL ASEGURADO.

CLÁUSULA 21. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramento, si lo consideran conveniente a sus intereses.

El consumidor de seguros, los corredores de seguros y los terceros afectados por un asegurado con cobertura de riesgos de daños a terceros, tendrán derecho a ser atendidos por vía administrativa por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, en lo que respecta a los temas establecidos en el artículo 250 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

Las acciones derivadas del contrato de seguros prescribirán en un año como lo establece el artículo 1651 del Código de Comercio. Cuando se inicie oportunamente la acción administrativa, el término de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, cualquiera que sea su naturaleza, se contará a partir de la ejecutoria de la resolución administrativa que decida el asunto.

LA COMPAÑÍA, tendrá la obligación de comparecer ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá cuando, por la vía administrativa, se presenten quejas y/o denuncias en su contra por la vulneración o incumplimiento de alguna disposición de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

CLÁUSULA 22. ARBITRAJE

EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA convienen en que cualquier controversia, discrepancia, litigio, disputa, reclamo o diferencia originada en relación con la ejecución, validez existencia, aplicabilidad, nulidad, resolución, terminación o interpretación de esta póliza, podrá ser sometido y resuelto definitivamente, previa petición de cualquiera de las partes y aceptación escrita de la otra, mediante un Arbitraje de Derecho de conformidad con el reglamento de **CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE DEL CENTRO DE ARBITRAJE DE LA CÁMARA DE COMERCIO Y AGRICULTURA DE PANAMÁ (CECAP)**.

EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA aceptan de manera expresa que el laudo arbitral será definitivo y obligatorio, renunciando a interponer cualquier medio de impugnación contra el laudo arbitral. El Laudo Arbitral determinará la forma en que deben satisfacerse los gastos relacionados con el arbitraje.

El hecho de aceptar o no la propuesta de someterse al procedimiento arbitral, es totalmente potestativo de las partes, y no es ni podrá ser interpretada o considerada como alteración, violación, o renuncia, modificación y/o causa de incumplimiento de cualesquiera de los otros derechos y/o obligaciones dimanantes de la póliza y la ley.

CLÁUSULA 23. PROCESO DE QUEJAS

LA COMPAÑÍA contará con un sistema administrativo acorde a sus actividades, responsable de conocer y atender en forma personalizada las quejas y controversias que surjan de la relación con los consumidores de seguros. Además, deben atender las reclamaciones relacionadas con honorarios presentadas por los corredores de seguros. El ejecutivo responsable de este servicio responderá ante la gerencia de la Aseguradora. Sus decisiones se darán en un término no mayor de treinta (30) días calendario. La respuesta al consumidor de seguros será por escrito y vinculante para LA COMPAÑÍA, además, deberá indicarle que en caso de inconformidad tiene un plazo adicional de noventa (90) días hábiles para presentar la acción administrativa que corresponda ante la Superintendencia. LA COMPAÑÍA será responsable de informar y señalar a sus clientes la ubicación del servicio de atención de quejas y controversias y del ejecutivo responsable. LA COMPAÑÍA llevará un registro detallado de los reclamos y controversias que le sean presentados.

CLÁUSULA 24. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

LA COMPAÑÍA no proveerá cobertura y no estará obligado a pagar ningún siniestro ni a proveer ningún beneficio bajo este seguro en la medida que dicha cobertura o el pago de dicho siniestro o prestación o provisión de dicho beneficio podría exponer a LA COMPAÑÍA a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo las resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones económicas o de comercio, leyes, o regulaciones de cualquier jurisdicción, incluyendo Panamá.

CLÁUSULA 25. DEBIDA DILIGENCIA Y COMPROMISO DEL ASEGURADO

Es condición de este Contrato de Seguro que EL ASEGURADO ejerza el debido cuidado y diligencia en la conducción de todas las operaciones cubiertas por el mismo, y utilice todas las medidas de seguridad y el equipo considerado generalmente prudente para tales operaciones, y en el caso de que sobrevengan condiciones azarosas respecto a alguna instalación y/o bienes asegurados, EL ASEGURADO deberá, a su propio costo realizar todos los esfuerzos necesarios para prevenir la ocurrencia de pérdidas cubiertas bajo la presente Póliza.

Sin perjuicio de otros deberes impuestos legalmente o acordados en este contrato, EL ASEGURADO deberá:

- a) Poner la diligencia, el cuidado necesario y tomar las precauciones aconsejables para prevenir los daños cubiertos.
- b) Cumplir todas las Leyes, Reglamentos y Ordenanzas del País y poner los medios adecuados para mantener los BIENES ASEGURADOS en buenas condiciones.
- c) En caso de descubrirse cualquier defecto o peligro, dar inmediatamente los pasos conducentes a corregirlos o remediarlos y tomar, entre tanto, las precauciones que las circunstancias hagan necesarias.

CLÁUSULA 26. BLANQUEO DE CAPITALS

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, se obligan a brindar información veraz y verificable, a efectos de completar el formulario "Conozca a su Cliente" según aplique y así mismo se obligan a realizar la actualización de datos contenidos en este documento, a solicitud de LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de no renovar o terminar el Contrato de Seguro, en caso de incumplimiento de esta obligación.

CLÁUSULA 27. EFECTOS Y RESPONSABILIDADES DEL CORREDOR DE SEGUROS O SOCIEDAD CORREDORA DE SEGUROS.

El Corredor de Seguros o Sociedad Corredora de Seguros es considerado un mediador en la contratación del seguro entre EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO y LA COMPAÑÍA, por lo cual sus errores y/o omisiones, solicitudes, comunicaciones y declaraciones en el desempeño de sus actividades serán asumidas por este.

CLÁUSULA 28. CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS

EL ASEGURADO por este medio otorga su consentimiento libre y expreso a **LA COMPAÑÍA** para recopilar, tratar, procesar y archivar toda la información necesaria, ya sean datos confidenciales, sensitivos, datos biométricos, genéricos y/o relativos a la salud sobre su persona, crédito y/o póliza de seguros contratado para que **LA COMPAÑÍA** pueda:

- a) Cumplir con la presente relación contractual que aquí se contrata, así como cualquier otra que actualmente o en el futuro tenga **EL ASEGURADO** con **LA COMPAÑÍA** y/o subsidiarias o empresas relacionadas a Grupo Aliado, S.A. (en adelante Grupo Económico);
- b) Para hacer procesos de ajustamiento, de proceso de investigaciones previa al pago o declinación de indemnizaciones, proceso del pago de indemnizaciones o declinación de indemnizaciones, ampliación o disminución de coberturas, renovaciones, y de cualquier proceso que involucre el cumplimiento de la relación contractual o el cumplimiento de las normas de legales de la República de Panamá;
- c) Realizar procesos de debida diligencia y cumplimiento, para así poder cumplir con las regulaciones relativas a las políticas de conocer a su cliente actuales y las que en el futuro sean promulgadas;
- d) Evaluar otros productos y/o servicios de **LA COMPAÑÍA** y/o subsidiarias o empresas relacionadas al Grupo Económico, que crea que le puedan interesar o ser conveniente para al asegurado;
- e) Enviar comunicaciones de mercadeo y demás información de servicios, productos y promociones de **LA COMPAÑÍA** y/o subsidiarias o empresas relacionadas al Grupo Económico;
- f) Administrar promociones, encuestas y grupos de análisis, publicidad basada en los intereses de EL ASEGURADO, así como realizar investigaciones y análisis de **LA COMPAÑÍA** y/o subsidiarias o empresas relacionadas al Grupo Económico; y
- g) Para cualquier otra actividad que **EL ASEGURADO** haya autorizado previamente a **LA COMPAÑÍA** o en el futuro o que la legislación vigente en materia de protección de datos privado permita.

De igual manera **EL ASEGURADO** autoriza expresamente a **LA COMPAÑÍA**, y sin requerir una autorización adicional futura, para traspasar y/o divulgar toda la información necesaria, ya sean datos confidenciales, sensitivos, datos biométricos, genéricos y/o relativos a la salud sobre su persona, crédito y/o póliza de seguros, a:

- a) Subsidiarias o empresas relacionadas al Grupo Económico de **LA COMPAÑÍA**;
- b) A las autoridades y entes reguladores en la forma prevista por la legislación;
- c) A cualquier tercero que la requiera para poder perfeccionar y/o cumplir con la presente relación contractual que aquí se contrata, así como cualquier otra que actualmente o en el futuro tenga **EL ASEGURADO** con **LA COMPAÑÍA** y/o subsidiarias o empresas relacionadas a su Grupo Económico;
- d) Otras empresas aseguradoras o de cualquier tipo con las que pueda ofrecerles la venta o traspaso del presente contrato o cualquier otro que mantenga con **LA COMPAÑÍA**;
- e) A empresas de manejo de listados de historial créditos, agencias de Información de datos o sus similares; siempre que sea para cumplir con una obligación legal o contractual;
- f) Empresas asesoras de **LA COMPAÑÍA** o de empresas de su mismo Grupo Económico tales como, pero sin limitar, sus abogados, actuarios, contadores, calificadoros de riesgo;
- g) Empresas reaseguradoras; y
- h) Hospitales, clínicas, doctores y cualquier otro del sector salud que requiera para salvaguardar la vida de **EL ASEGURADO** (en caso de que éste se encuentre física o judicialmente incapacitado); y
- i) Cuando sean datos necesarios para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso con autorización judicial.

EL ASEGURADO autoriza irrevocablemente a **LA COMPAÑÍA** para que solicite y obtenga información y documentos relacionados con **EL ASEGURADO** y sea de oficinas o funcionarios gubernamentales, o personas o empresas privadas, tanto nacionales como extranjeras. **LA COMPAÑÍA** y las personas que suministren información quedan relevados de toda responsabilidad por tal acción.

EL ASEGURADO otorga su consentimiento expreso a **LA COMPAÑÍA** para que con los datos que le haya proporcionado y/o autorizados a obtener de terceros, pueda crear perfiles, evaluaciones, incluyendo, pero sin limitar, aprobación de productos y términos de obligaciones, así como para tomar decisiones automatizadas sobre dichos perfiles.

EL ASEGURADO reconoce y acepta que cualquier información, ya sean datos confidenciales, sensitivos, datos biométricos, genéricos y/o relativos a la salud sobre su persona, crédito y/o póliza de seguros que actualmente haya suministrado o suministre en el futuro a **LA COMPAÑÍA**, es completa, veraz y correcta. El cliente se obliga a rectificar y/o ampliar oportunamente cualquier información que con motivo del presente contrato o cualquier otra obligación que mantenga, le hubiese suministrado a **LA COMPAÑÍA** y este a corregir y actualizar cualquier información previamente suministrada que sea errada o bien que con el tiempo haya variado de la forma y en los términos establecidos por la legislación en materia de protección de datos de la República de Panamá.

Igualmente, **EL ASEGURADO** acepta y autoriza que cualquier información, ya sean datos confidenciales, sensitivos, datos biométricos, genéricos y/o relativos a la salud sobre su persona, crédito y/o póliza de seguros que haya suministrado o suministre en el futuro a **LA COMPAÑÍA**, podrá ser utilizada por este último o por cualesquiera de sus subsidiarias o empresas relacionadas al Grupo Económico, de las formas prevista en el presente acuerdo, los que suscriban en el futuro y la legislación panameña.

EL ASEGURADO releva de todas responsabilidades y a la vez renuncia de cualquier acción civil, penal, administrativa y/o de cualquier tipo, presente o futura en contra de **LA COMPAÑÍA** y/o subsidiarias o empresas relacionadas al Grupo Económico, sus empleados, directivos y/o accionistas, por ejercicios del derecho aquí conferido.

Declara **EL ASEGURADO** que ha leído y conoce el Aviso de Privacidad de **LA COMPAÑÍA** que está disponible en <https://aliadoseguros.com/terminos-de-uso-tratamiento-acceso-la-informacion-y-proteccion-de-datos> (en lo sucesivo "Aviso de Privacidad"). **EL ASEGURADO** se obliga a revisar periódicamente el Aviso de Privacidad, ya que podría variar con el tiempo para adaptarse a la legislación vigente, las buenas prácticas y a los procesos de **LA COMPAÑÍA**.

Por este medio, **LA COMPAÑÍA** se compromete en todo momento a otorgarle a **EL ASEGURADO** su derecho al acceso de su información que reposa en su base de datos. Una vez realizada la solicitud por escrito y por los medios descritos en el Aviso de Privacidad, la aseguradora tendrá diez (10) días hábiles para entregarle a **EL ASEGURADO** el listado de los datos personales que reposan en sus bases de datos.

En caso de que **EL ASEGURADO** requiera ejercer su derecho de rectificación de alguno de los datos que reposen en la base de datos, **LA COMPAÑÍA** tendrá cinco (5) hábiles para hacer la actualización, siempre y cuando, esta cumpla con lo establecido en las normas legales de la República de Panamá.

De igual manera, **EL ASEGURADO** también podrá solicitar en todo momento su derecho a la oposición y portabilidad de sus datos personales que reposen en la base de datos de **LA COMPAÑÍA**, siempre y cuando este derecho aplique y deberá hacerlo en la forma y medios establecidos en el Aviso de Privacidad y la legislación panameña en materia de protección de datos.

LA COMPAÑÍA declara que ejercerá la diligencia adecuada y los cuidados tecnológicos requeridos como un buen padre



de familia para mantener la confidencialidad de toda la información que le sea entregada o divulgada por parte de **EL ASEGURADO**, no obstante, esta acepta y reconoce que **LA COMPAÑÍA** no será responsable si la información de **EL ASEGURADO** es sustraída indebidamente por terceros no autorizados. En caso de fuga de información y/o violación de las bases de datos de **LA COMPAÑÍA** al que este tenga conocimiento y que pudiera traer consigo la extracción de datos confidenciales y/o sensitivos de **EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA** lo informará a las autoridades, entes supervisores y al asegurado en un tiempo máximo de setenta y dos (72) horas.

CONTRATANTE O ACREEDOR

ALIADO SEGUROS, S. A.

Este modelo de Póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolucion No. DRLA-033 DE 13 de Mayo de 2024.



NUESTROS PRODUCTOS

Automóvil
Fianzas
C.A.R.
Equipo pesado
Montaje
Equipo electrónico
Accidentes Personales
Colectivo de vida
Colectivo de saldo deudor
Incendio
Multiriesgo comercial
Multiriesgo residencial
Riesgos Diversos
Transporte