

**OPTIMA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA
CONDICIONES GENERALES**

OPTIMA COMPANIA DE SEGUROS S.A. Sociedad Anónima debidamente inscrita en el Registro Público, en la Ficha No. 719630, Documento No. 1883816 y organizada de conformidad con las leyes de la Republica de Panama denominada en adelante (LA COMPANIA) certifica que ésta póliza, la solicitud inicial de seguro y las Condiciones Particulares, junto con cualquier solicitud de cambios, anexos, endosos y contratos suplementarios o adicionados a ésta póliza, formaran parte integrante del Contrato de Seguro entre La Compañía y El Contratante, asegurando a los inscritos bajo ésta póliza, por el límite de seguro indicado en ella y de acuerdo con las estipulaciones, exclusiones y limitaciones establecidas más adelante.

La Compañía asume que todas las declaraciones hechas por EL CONTRATANTE y demás firmantes cubiertos bajo esta Póliza, sin intento de fraude, se considerarán como declaraciones hechas de buena fe, no como garantías y ninguna de esas declaraciones dejara sin valor o anulara el seguro ni se usara como defensa en cualquier reclamo bajo este seguro, a menos que esta conste por escrito en un documento firmado por el Deudor y copia del cual aparezca en la Póliza. La emisión de ésta póliza estará basada en esas declaraciones.

LA COMPANIA no será responsable ni contraerá obligación alguna por cualquier promesa o representación hecha o efectuada o después de firmarse esta Póliza por cualquier persona natural o jurídica o funcionario que no sea uno de los Representantes Autorizados de LA COMPANIA.

Ninguna alteración de esta Póliza o renuncia de cualquiera de sus estipulaciones será válida a menos que sea hecha por LA COMPANIA por escrito y firmada por EL CONTRATANTE y uno de los Representantes Autorizados de LA COMPANIA.

Ningún Corredor de Seguros tiene autoridad para alterar esta póliza o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones, aceptar primas atrasadas, extender la fecha de vencimiento de cualquier prima, renunciar a cualquier requisito de notificación o prueba de reclamo requerido por esta póliza, extender el periodo dentro del cual tales notificaciones o pruebas tienen que ser sometidas, o renunciar a obligaciones de las partes de esta póliza. La póliza es por el periodo de un año y podrá ser renovada en su fecha de expiración o vencimiento y cada subsiguiente año.

Todas las clausulas 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.

1. DEFINICIONES

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

Asegurado: Es toda persona natural, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Compañía 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 Compañía y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia.

Beneficiario: Es la persona natural o jurídica designada por el Asegurado a quien la Compañía hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma.

Accidente: Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

Condición preexistente: Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado que se manifiesta antes del inicio de cualquier cobertura de esta póliza, conocida o no conocida por el Asegurado al momento de completar la solicitud o declaración de esta póliza y sobre la cual el Asegurado debió estar informado si hubiere ejercicio el grado de diligencia debido.

Disputabilidad: Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios, cuando el

Asegurado le ha proporcionado a la Compañía información falsa o inexacta o ha omitido proporcionarle información solicitada por la Compañía, sobre factores relevantes para la selección de riesgo.

Certificado de Seguro: Documento expedido por la Compañía que contiene la declaración referente al Asegurado y a la protección de seguros a que dicha persona tiene derecho.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que aparece en las Condiciones Particulares y que establece la relación contractual con la Compañía 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.

Elegible: Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula de elegibilidad.

Empleado: Es cualquier trabajador a tiempo completo del Contratante, que de modo regular y permanente trabaja en un oficio, puesto u oficina, en relación de dependencia económica y subordinación jurídica frente al Contratante, en un territorio designado por éste y aceptado por la Compañía. La Compañía y el Contratante podrán extender esta definición de empleado para incluir otras modalidades de empleo, las cuales deberán constar por escrito en un endoso adherido a la póliza.

Empresas Asociadas: Son las empresas, corporaciones y firmas afiliadas al Contratante y cuyos empleados se considerarán como empleados del mismo.

Género: Siempre que en la póliza se use o aparezca un pronombre personal en el género masculino se considerara que incluye también el género femenino y viceversa, a menos que en el contexto se indique claramente lo contrario o que resulte imposible o contrario al sentido común.

Hora de entrada en vigencia: Queda convenido que a las 12:00 meridiano hora local de la ciudad de Panama, Republica de Panama, será considerada la hora efectiva con respecto a cualquier fecha referida en la póliza.

Jurisdicción y derecho aplicable: Esta póliza se somete a la jurisdicción de la Republica de Panama, por lo que todas las normas legales vigentes en materia de seguros y demás son aplicables, aunque

en su texto no se haga mención específica de ese hecho.

Lesión corporal: Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de 90 días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.

Miembro: Es cualquier persona natural que forma parte de un grupo o colectividad que ha sido creada porque sus miembros se vinculan entre si, a través de relaciones, características, fines o intereses de cualquier tipo, distintos a la contratación de una póliza de seguro de vida. La Compañía y el Contratante podrán establecer nuevos significados de miembro, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante endoso.

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.

póliza: Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, 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 Compañía 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 Compañía o en documentos suministrados a la Compañía por el Contratante o el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Compañía y cualquier otra información relevante para la suscripción y selección del riesgo.

Requisitos de Asegurabilidad: Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura.

Suma Asegurada: Es el monto especificado para cada cobertura contratada por el Contratante de la paliza.

Periodo de Gracia: Es el plazo no mayor de 30 días

para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera.

2. RIESGOS CUBIERTOS

Esta póliza cubre los siguientes riesgos que expresamente vienen indicados en las Condiciones Particulares, siempre que fuere solicitada la correspondiente cobertura por el Asegurado o el Contratante y que se hubieren pagado las primas.

a) **COBERTURA BASICA DE MUERTE:** Si un Asegurado fallece estando su cobertura en vigor, la Compañía, al recibir por escrito las pruebas fehacientes de su fallecimiento, pagara al beneficiario la suma asegurada de la cobertura de Muerte Natural expresada en las Condiciones Particulares, con sujeción a las estipulaciones de esta póliza. La Cobertura Básica de Muerte ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las características de riesgo únicas y propias del Asegurado y no serán transferibles.

b) **ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS:** La Compañía al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento del asegurado principal, pagara la suma asegurada definida en las Condiciones Particulares, sin excederse de B/.2,000.00. Este adelanto se realizará a cualquiera de los beneficiarios nombrados de la póliza que realice la presentación de las pruebas de la muerte del asegurado principal. Toda indemnización realizada bajo esta cobertura será descontada de la suma asegurada de la cobertura básica de muerte.

c) **RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Mediante el pago de prima adicional correspondiente, el contratante y la Compañía acuerdan adicionar la cobertura de Renta Por Incapacidad Total y Permanente, este beneficio adicional deberá estar indicado en las condiciones particulares, y será aplicada, cuando el asegurado haya sufrido lesiones corporales o padezca una enfermedad que lo imposibilite de por vida, para realizar cualquier trabajo, ocupación, actividad o negocio.

Admitidas las pruebas de la existencia de la Incapacidad Total y Permanente, la Compañía pagará, en sesenta (60) mensualidades, el monto total, equivalente a la suma asegurada bajo esta cobertura.

Si el asegurado falleciera antes de recibir el total de las anualidades, se le paga al beneficiario el saldo pendiente, quedando sin efecto la cobertura Básica de Muerte.

El beneficio de Renta Por Incapacidad Total y Permanente quedara sin efecto cuando:

- El Asegurado ya no esté incapacitado; o
- El Asegurado regresa al trabajo u otra actividad productiva a tiempo parcial o completo; o
- Si el asegurado presenta las pruebas de Incapacidad total y Permanente después de 12 meses contados a partir del inicio del periodo de Incapacidad total y Permanente.
- Cuando se indemnice el número máximo de beneficios mensuales y la cantidad máxima asegurada.

El Reconocimiento o aceptación de la Incapacidad Total y Permanente por parte de la Compañía conlleva la terminación automática de todas las coberturas del Asegurado en la póliza.

d) **MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO:** Mediante el pago de prima adicional correspondiente, el contratante y la compañía acuerdan adicionar la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento, este beneficio adicional deberá estar indicado en las condiciones particulares cubre los riesgos por muerte accidental y pérdida de miembros accidentales; siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 365 días calendarios siguientes a la fecha del accidente.

Se indemnizará los siguientes porcentajes sobre la suma asegurada por desmembramiento como consecuencia directa de un accidente, siempre que el desmembramiento ocurra dentro de los noventa (90) días después de sufrir las lesiones, y luego de recibir las pruebas de su ocurrencia por la pérdida total e irrevocable de:

Muerte Accidental	100%
Pérdida de ambos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida de ambas piernas o ambos pies	100%
Pérdida de un brazo o una mano con la pierna o un pie	1 %
Pérdida de un brazo o una mano junto con la ceguera irreparable de un ojo	1 %
Ceguera irreparable de ambos ojos	100%
Parálisis presumiblemente incurable que impida todo trabajo	1 %
Perdida del brazo derecho arriba del codo	65%
Perdida de la mano derecha	60%
Perdida del brazo izquierdo arriba del codo	53%
Perdida de la mano izquierda	48%
Perdida de la pierna arriba de una rodilla	65%
Perdida de un pie	40%
Perdida de la vista en un ojo	50%
Pérdida total e irreparable del habla	50%

Sordera bilateral total e irreparable	50%
Perdida de cuatro dedos y pulgar de una mano	50%
Perdida de cuatro dedos	40%
Perdida de las dos falanges del dedo pulgar	25%
Perdida de una falange del dedo pulgar	10%
Perdida de las tres falanges del dedo índice	10%
Perdida de dos falanges del dedo índice	8%
Perdida de una falange del dedo índice	4%
Perdida de tres falanges del dedo medio	6%
Perdida de dos falanges del dedo medio	4%
Perdida de una falange del dedo medio	2%
Perdida de tres falanges del dedo anular	5%
Perdida de dos falanges del dedo anular	4%
Perdida de una falange del dedo anular	2%
Perdida de tres falanges del dedo meñique	4%
Perdida de dos falanges del meñique	3%
Perdida de una falange del dedo meñique	2%
Perdida de metacarpos primero o segundo (adicional)	3%
Perdida de metacarpos tercer, cuarto o quinto (adicional)	2%
Perdida de dedos del pie - todos	15%
Perdida de dedo del pie grande ambas falanges	5%
Perdida de dedo del pie grande una falange	2%
Perdida de dedo del pie cada uno además del dedo grande	1%

Si el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores. Por pérdida total se entiende la amputación total definitiva del miembro lesionado. La pérdida de la mano y un pie quiere decir, pérdida por o arriba de la muñeca o el tobillo respectivamente, y pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irrecuperable de la vista.

La cantidad total para pagar por todas las pérdidas sufridas por causas accidentales para la Cobertura de Muerte Accidental y Beneficio por Desmembración se estipula en las Condiciones Particulares y no será mayor que la suma asegurada de la cobertura Básica de Muerte detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.

e) **COBERTURA DE CÁNCER:** Mediante el pago de prima adicional correspondiente, el contratante y la compañía acuerdan adicionar la cobertura de cáncer, este beneficio adicional deberá estar indicado en las condiciones particulares. Si un Asegurado de esta cobertura, durante la vigencia de la misma, es diagnosticado como enfermo de cáncer, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, conforme a lo expresado para tal efecto en las Condiciones Particulares de la póliza, al momento de su fallecimiento. También el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el pago de anticipos de la suma asegurada antes de su muerte, siempre y cuando dichos anticipos

sean utilizados para reembolsar al Asegurado por gastos médicos incurridos en el tratamiento del cáncer.

En caso que el asegurado optare por ejercer el derecho de recibir anticipos de la suma asegurada para la Cobertura de Cáncer expresada en las Condiciones Particulares, se reducirá el monto de los adelantos o anticipos efectuados al Asegurado, quedando vigente la diferencia.

Para los efectos de esta póliza Cáncer es una neoplasia maligna comprobable medicamente que se presenta en uno o más tejidos corporales o aparece en el sistema linfático sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia, sobre la base de los resultados positivos de un examen microscópico o especializado al efecto, ya sea biopsia o autopsia, según corresponda. Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo. La enfermedad debe ser diagnosticada por médico especializado en medicina, graduado, registrado y autorizado para ejercer la profesión médica por el Ministerio de Salud de Panamá.

La Cobertura de Cáncer queda sin efecto si el Asegurado recibe, en cualquier momento, beneficio de Renta Por Incapacidad Total y Permanente.

Los siguientes diagnósticos médicos no serán incluidos dentro de la Cobertura de Cáncer:

- a. "Carcinoma in situ", displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de pre malignidad o cánceres no invasivos.
- b. cáncer de próstata temprano T1 (según clasificación TNM) incluyendo T1a y T1b u otra clasificación equivalente.
- c. Melanomas de piel estadio 1A ($\leq 1\text{mm}$, nivel II o III, sin ulceración) — de acuerdo a la nueva clasificación de la AJCC de 2002.
- d. Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel
- e. Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
- f. Sarcoma de Kaposi y todo tumor en presencia de infección por VIH (salvo adquirida medicamente* y/o en ocasión del trabajo).
- g. Carcinoma ductal in situ de mama.

- f) **SUBSIDIO ALIMENTICIO:** Mediante el pago de prima adicional correspondiente, el contratante y la compañía acuerdan adicionar la cobertura de Subsidio Alimenticio, este beneficio adicional deberá estar indicado en las condiciones particulares, será indemnizado por la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado Principal amparado bajo la Cobertura de Vida, la compañía de seguros pagará la cantidad convenida como SUBSIDIO ALIMENTICIO descrita en las Condiciones Particulares a sus beneficiarios.

3. DISPUTABILIDAD DE LA POLIZA

Esta póliza será indisputable por la Compañía, después que la misma haya estado en vigor por un periodo de dos (2) años, a partir de la fecha de emisión, excepto por declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado o contratante, que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de la póliza.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias serán disputables, por las mismas causas señaladas en el párrafo anterior, durante cinco (5) años.

Esta cláusula será aplicada por el mismo periodo cada vez que se rehabilite esta póliza, o a partir de la vigencia de cualquier aumento de suma asegurada.

4. EXCLUSIONES

Las partes convienen que la Compañía no pague indemnización alguna por lesión o muerte, causada directa o indirectamente, por o a consecuencia de alguno de los siguientes eventos o circunstancias:

- a) Pérdida o Daños directa o indirectamente causados por guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones u operaciones bélicas (con o sin declaración de estado de guerra), guerra civil, motín, conmoción civil o alborotos populares que revelan el carácter de asonada, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, conspiración y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado, confiscación, requisa, nacionalización o detención por cualquier poder civil o militar legítimo o usurpado, destrucción o daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal, o actividades por orden de cualquier

individuo o

personas que actuando en nombre propio o en conexión con cualquier grupo u organización cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presiona miento sobre el gobierno por terrorismo o medios violentos y todas las otras situaciones semejantes a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas.

- b) Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos mientras el Asegurado esté prestando servicio en las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo.
- c) La comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- d) Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- e) Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado.
- f) Abordaje, descenso o viaje en submarinos o en naves aéreas de combate o de guerra, de entrenamiento militar o de reconocimiento; o en aviones militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro, emergencias, guerra declarada o no o cualquier acto atribuible a esta. Vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
- g) Toda lesión proveniente de la energía nuclear de cualquier forma.
- h) Lesiones sufridas mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o mientras practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, catch, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente.
- i) La acción de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tornados, administrados, absorbido o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma, y todo acontecimiento que se derive del estado de endroga miento o de embriaguez del Asegurado. Se considera que una persona se encuentra bajo los efectos del

alcohol, cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre.

- j) Tomaiñas o infección bacteriana (excepto la infección piogénica), cuando esta se presenta con y por una cortadura o herida recibida por un accidente.
- k) Bajo la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento a consecuencia de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como huracanes, ciclones, tornados, vendavales, deslizamientos de tierra, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, inundaciones y similares.

5. SUICIDIO

No se pagara beneficio alguno si un Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales, se suicida dentro del periodo de un (1) año contado a partir de la fecha efectiva de su cobertura bajo esta póliza. El suicidio únicamente está cubierto bajo el beneficio de Cobertura básica de Muerte, quedando excluido de cualquier otra cobertura que se contrate.

6. NULIDAD DE LA POLIZA

Esta póliza será absolutamente nula por cumplirse alguna de las condiciones o circunstancias expresadas en el artículo 1000 del Código de Comercio de Panama, con las consecuencias y según los mandatos de las normas legales vigentes. Este artículo textualmente expresa:

“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 hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviniera del Asegurado o de quien lo represente, 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.”

7. ELEGIBILIDAD

Aquellos empleados o miembros que no hayan cumplido los sesenta (60) años de edad serán elegibles en la fecha de vigencia de esta póliza. Los nuevos empleados o miembros que subsecuentemente adquieran esta condición después de la fecha de vigencia de esta póliza que no hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, serán

elegibles el primer día del mes coincidente con o subsiguiente a un (1) mes completo de ser empleado o miembro continuo con el Contratante de modo permanente y a tiempo completo.

La Compañía podrá solicitar evidencias de asegurabilidad a los empleados o miembros, conforme a la Tabla de Requisitos Médicos que para tal efecto se endosa a la póliza.

Los empleados o miembros dejarán de ser elegibles y la cobertura cesará automáticamente cuando éstos cumplan las siguientes edades máximas:

- a) Cobertura básica de Muerte: 70 años
- b) Cobertura Muerte Accidental: 60 años
- c) Beneficio de cáncer: 62 años
- d) Cobertura de Incapacidad Total y Permanente: 60 años

Por consiguiente, una persona que no es elegible no puede ser asegurada, y si deja de ser elegible después de haber sido asegurada, perderá su condición de asegurada automáticamente.

La Compañía y el Contratante podrán convenir en establecer reglas de elegibilidad diferentes para grupos específicos, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la póliza mediante endoso.

8. FECHA EFECTIVA DE COBERTURA

Cada empleado o miembro elegible para ser Asegurado por esta póliza que haga solicitud para participar como Asegurado por escrito al Contratante, en un formulario aprobado por la Compañía, que pague las primas requeridas y sea aceptado como Asegurado por la Compañía, quedará, sujeto a las estipulaciones de esta sección, Asegurado como se detalla a continuación:

- a) Si la solicitud para participar la hace el miembro o empleado en o antes de la fecha en que es elegible, será Asegurado desde dicha fecha en que es elegible.
- b) Si la solicitud para participar la hace el miembro o empleado después de la fecha en que es elegible, el empleado o miembro deberá suministrar evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía antes de que se pueda asegurar. Si tal evidencia se suministra, el empleado o miembro quedará Asegurado a partir del primer día del mes calendario siguiente a la fecha en que la Compañía determine que la prueba es satisfactoria y así lo manifieste.

Cualquier miembro o empleado que deba presentar

evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía como una condición para ser Asegurado y cuyo servicio con el Contratante termine sin que se haya presentado dicha evidencia, continuara sujeto al mismo requisito si subsiguientemente el mismo Contratante vuelve a emplearlo.

9. CERTIFICADO DE SEGURO

La Compañía emitirá al Contratante, para entregar a cada persona asegurada por esta póliza, un Certificado Individual que contenga las declaraciones propias del Asegurado, describiendo en este la cobertura de seguros, a que dicha persona tiene derecho.

10. EMPRESAS ASOCIADAS

Para todos los efectos de la póliza, los empleados de las empresas, sociedades, corporaciones y firmas afiliadas con el Contratante, según se expresa en las Condiciones Particulares (denominadas aquí Empresas Asociadas), se considerarán empleados del Contratante y al servicio del Contratante. Se pueden añadir empresas asociadas adicionales a dicha lista con el consentimiento por escrito de la Compañía. Si cualquier empresa asociada deja de ser asociada al Contratante, los empleados no tendrán cobertura desde el momento en que esto ocurra a menos que sean empleados por el Contratante o alguna otra empresa asociada. El Contratante notificará a la Compañía por escrito cuando una empresa asociada deje de ser subsidiaria o afiliada del Contratante.

11. REGISTROS E INFORMES

El Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo, por cada persona, las generales esenciales. El Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Compañía, a través de los medios y en los formatos indicados por la Compañía, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas. Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta póliza estarán expuestos a inspección por parte de la Compañía en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Compañía y facilitar cualquier información adicional relacionada con la póliza que la Compañía solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

Cualquier error cometido por el Contratante at mantener y actualizar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere

legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiese terminado de acuerdo a las condiciones de elegibilidad, pero at conocerse el error se hará el ajuste de primas correspondiente.

El error cometido por la Compañía de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionara un ajuste y devolución de primas, correspondiente al periodo que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción. Igualmente, si la Compañía mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser elegible por haber alcanzado la edad máxima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares, ocasionara que la Compañía efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al periodo en que el Asegurado no fue elegible.

12. SUMA ASEGURADA

La Compañía y el Contratante convienen la suma asegurada por cobertura para cada Asegurado según se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El Contratante determinará, sin discriminación entre personas en iguales circunstancias, la suma asegurada de cada Asegurado, y tal determinación será final y concluyente.

Si la clasificación de un empleado Asegurado cambia, el Contratante deberá ajustar la prima con la nueva clasificación en la fecha de vencimiento de la prima coincidiendo con la fecha efectiva de tal cambio de clasificación. Cualquier aumento de la suma asegurada de cualquier empleado que no esta trabajando activamente a tiempo completo en tal fecha no tendrá efecto hasta que regrese a trabajar activamente a tiempo completo. Sin embargo, si dentro de 31 días después de cambiar a una clasificación para la cual se proporcione una suma asegurada mayor, o en el primer día después de este periodo de 31 días en que está trabajando activamente a tiempo completo, el Contratante o empleado no ha pagado la prima aplicable a la nueva clasificación, no se concederá aumento como consecuencia de tal cambio o cualquier cambio subsiguiente a menos que el empleado suministre prueba de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía.

13. PRIMAS

Las primas de esta póliza serán pagaderas por el Contratante o el Asegurado en la oficina u oficinas de la Compañía según se expresa en las Condiciones Particulares o según se convenga mediante endoso en

Cualquier momento. Las primas se considerarán vencidas y serán pagaderas según la frecuencia y forma de pago que se especifica en las Condiciones Particulares.

En los casos en que el pago de las primas sea mediante descuento salarial, se entiende que cada Asegurado es responsable del pago de las primas. Si por algún motivo las deducciones salariales cesan, el Asegurado deberá pagar directamente a la Compañía en un plazo no mayor de 30 días (periodo de gracia) a partir del último descuento. La Compañía podrá, mediante notificación al Contratante con 30 días de anticipación, cambiar la tarifa que utilizara en lo sucesivo para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, incluyendo las primas que entonces fuesen debidas, según se expresa a continuación:

- a) En el primer aniversario de la póliza siguiente a su fecha efectiva o en cualquier fecha de renovación de la póliza,
- b) En cualquier fecha de vencimiento de modificación de la póliza.

La Compañía no tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, más de una vez durante el mismo periodo de doce meses consecutivos.

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. Referirse a la Cláusula 14 "Cálculo de Primas".

De acuerdo con la ley vigente que reglamenta las entidades aseguradoras, se informa que esta póliza quedara sin efecto diez (10) días hábiles después de la fecha en que el aviso de su cancelación por morosidad haya sido enviado por escrito a El Contratante a su dirección fijada en la póliza.

14. CALCULO DE PRIMAS

Los cargos de prima serán calculados según el método indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto al derecho de la Compañía, de acuerdo con la estipulación de la Cláusula 13 "Primas", a la tarifa que se utilizara para el cálculo de las primas.

Si las primas se pagan mensualmente, cada cargo de prima mensual se determinará multiplicando la suma asegurada total en vigor en la fecha de vencimiento de la prima, por la tarifa mensual entonces en vigor; los cargos de prima mensual para el seguro pueden

ser calculados por cualquier otro método mutuamente convenido que produzca aproximadamente la misma cantidad total.

El Contratante preparará una declaración cada mes, especificando los totales de suma asegurada de cada Asegurado en vigor en el primer día del mes, la cual, conjuntamente con la remesa de prima, será enviada a la Compañía.

Si las primas son pagaderas anualmente, semestralmente o trimestralmente, los cargos de prima serán calculados por método mutuamente convenido por la Compañía y el Contratante.

15. RENOVACION

Esta póliza podrá ser renovada por periodos anuales, siempre que se reciba en la Compañía el pago oportuno de las primas en el modo convenido en las Condiciones Particulares. La Compañía podrá cambiar las primas a la renovación de la póliza según lo expresado en la Cláusula 13 "Primas".

16. RECTIFICACION DE LA EDAD

Si la edad de un Asegurado se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas. La suma asegurada del Asegurado no será modificada si las sumas aseguradas aplicables a los Asegurados no dependen de la edad; pero si las sumas aseguradas dependen de la edad del Asegurado, la suma asegurada será enmendada de modo correspondiente y el ajuste de prima tomará en consideración la mencionada enmienda. Si el Asegurado, como consecuencia de la edad, no era elegible para dicha suma asegurada, la Compañía se limitará a la devolución de las primas pagadas durante el periodo.

17. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Se concede al asegurado un periodo de gracia de 30 días después de la fecha de vencimiento del plazo de pago establecido en las condiciones particulares, periodo en el que la póliza se mantendrá en vigor, aunque la prima no haya sido pagada. En caso de siniestro, la compañía pagara la indemnización que corresponda, deduciendo de la misma el importe de la prima no pagada. Una vez notificado el asegurado de la falta de pago, se concederá plazo de 10 días, vencido dicho plazo la póliza se cancelará automáticamente.

No obstante, si una o varias de las coberturas son canceladas por el Contratante o por un Asegurado durante o al final del periodo de gracia, será

responsable por el pago de una prima a prorrata por el tiempo que la póliza ha estado en vigor durante dicho periodo de gracia.

18. REHABILITACION

El Asegurado cuya cobertura haya caducado por incumplimiento en el pago de la prima, podrá solicitar la rehabilitación de su cobertura mediante notificación por escrito a la Compañía, sometiéndose a los requisitos de asegurabilidad que señale la Compañía, y previo pago de todas las primas atrasadas. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar toda solicitud de rehabilitación.

19. MODIFICACIONES

Los términos y condiciones contenidos en las cláusulas de esta póliza, pueden ser modificados en cualquier momento durante su vigencia, mediante convenio expreso entre la Compañía y el Contratante, sin requerir del consentimiento de los Asegurados bajo la misma, pero tal modificación no perjudicará a reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

ningún agente o corredor está autorizado para cambiar o enmendar esta póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el periodo para el pago de primas, ni comprometer de modo alguno los derechos u obligaciones de la Compañía.

Ninguna modificación hecha o convenida a esta póliza será válida a menos que tal modificación conste por escrito en un endoso firmado por un Representante Autorizado para firmar Pólizas de la Compañía, o mediante notificación escrita a ese efecto, firmada por el Contratante y por el Representante Autorizado de la Compañía en señal de aceptación.

La Compañía deberá notificar al Contratante sobre cualquier modificación a esta póliza por escrito, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vigencia de tal modificación sin perjuicio de cualquier reclamación ocurrida o presentada con anterioridad a la fecha efectiva de la modificación.

ningún endoso que se le añada o adhiera a esta póliza subsistirá luego de que la misma se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa, sin perjuicio de los derechos que subsistan entre las partes por motivo de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

20. TERMINACION DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación automática de la cobertura del Asegurado, sin que para que se efectúe sea necesaria notificación alguna, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. Si la póliza es cancelada o su vigencia llega a su fin por cualquier causa.
- b. Si el Asegurado deja de ser elegible o miembro de las clases elegibles para las coberturas de esta póliza.
- c. Al terminar su empleo con el Contratante según se define más adelante.
- d. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.

La terminación del empleo, para todos los efectos de esta póliza, se considerará efectiva en el momento en que un empleado deje de trabajar activamente a tiempo completo con el Contratante, independientemente de la causa de la terminación.

Sin embargo, si un empleado se encuentra temporal o permanentemente incapacitado para trabajar, o si se le ha concedido una licencia, o es empleado de tiempo parcial, será considerado como empleado de tiempo completo hasta tanto el Contratante, usando un criterio que no permita discriminación entre empleados en la misma situación por razón alguna o selección individual, de por terminado el seguro del empleado notificando a la Compañía a tal efecto o discontinuando los pagos de prima por su cobertura, pero en ningún caso la cobertura de seguro del empleado continuara después del fin del mes durante el cual se inició dicha incapacidad, licencia, despido o empleo de tiempo parcial.

Para todos los efectos de esta póliza que hacen referencia a elegibilidad, las palabras empleado o miembro se consideraran sinónimos.

21. TERMINACION DE LA POLIZA

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación de la póliza, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

- a. A solicitud de Contratante mediante notificación por escrito a la Compañía.
- b. Si la vigencia de la póliza llega a su fin por cualquier causa.

La Compañía podrá cancelar esta póliza mediante notificación escrita al Contratante con al menos 30 días de antelación a la fecha efectiva de la cancelación, si a la fecha de aniversario o renovación o en cualquier fecha de vencimiento de prima, los Asegurados de esta póliza son menos de 10 personas o menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos empleados o miembros elegibles del grupo al que pertenecen los Asegurados.

La Compañía también podrá dar por terminada esta póliza por otras causas, mediante notificación escrita al Contratante con al menos 30 días de antelación a la fecha efectiva de la cancelación.

22. BENEFICIARIO

Al momento del fallecimiento del Asegurado, la suma asegurada de la cobertura según se expresa en las Condiciones Particulares, será pagada a la persona designada por el Asegurado como su beneficiario, en un formulario suministrado por la Compañía o aprobada por la misma.

El Asegurado puede, en cualquier momento, y sin el consentimiento del beneficiario, cambiar el beneficiario, mediante la presentación de aviso escrito del cambio a través del Contratante en un formulario proporcionado por o aprobado por la Compañía. La designación así hecha tendrá efecto en la fecha en que el aviso sea firmado, tanto si el Asegurado vive o no cuando el cambio se registre, pero sin perjuicio para la Compañía con respecto a cualquier pago realizado por la Compañía fundamentado en sus registros al momento de efectuar dicho pago.

Si se designa más de un beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses, los beneficiarios tendrán una participación igual. Si cualquier beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado beneficiario terminará y acrecentará a partes iguales a los intereses de aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en su designación de beneficiario. Cualquier cantidad para la que no haya beneficiario designado al fallecimiento del Asegurado será pagada a los herederos legales del Asegurado.

23. RECLAMACIONES

Aviso de Reclamación: Deberá notificarse a la Compañía por escrito de cualquier lesión o muerte que pudiera dar motivo a reclamación, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de tal lesión

o muerte.

Prueba de Siniestro: Al recibir el aviso de reclamación la Compañía suministrará los formularios para la presentación de la prueba de siniestro. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del hecho por el cual se presenta la reclamación. Si los mencionados formularios no se suministran dentro de los quince (15) días siguientes al haber recibido dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de la póliza en lo que se refiere a la prueba del siniestro al presentar, por escrito, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del siniestro, los documentos que certifiquen las pruebas fehacientes del fallecimiento o siniestro, describiendo la ocurrencia, índole y alcance de dicha pérdida.

La falta de envío de la notificación de reclamación o la prueba del siniestro dentro de los límites de tiempo estipulados más arriba no invalidará ni reducirá la reclamación si no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

24. CLAUSULA INFORMACION RELEVANTE PARA EVALUACION DE RECLAMOS

El Contratante y el Asegurado autorizan a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió la lesión y el monto correcto a ser pagado según la tabla de indemnizaciones, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el beneficiario y el Contratante están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta Clausula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

Exámenes: La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado cuando y tantas veces como lo requiera mientras esté pendiente una reclamación bajo la póliza y de investigar las circunstancias de la muerte, lesión, accidente o enfermedad, exigir todos los

documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, a practicar la autopsia ya sea antes o después del entierro.

En caso de contar con la cobertura de Renta Incapacidad Total y Permanente el asegurado deberá presentar la siguiente documentación básica para la presentación y evaluación de su reclamo:

- a) Formato de Reclamación de Siniestro, debidamente llenado.
- b) Resolución medica expedida por la Caja del Seguro Social donde se determine la Invalidez Total y Permanente.
- c) Análisis médicos, estudios médicos, radiografías, o cualquier otro documento que ayude para la determinación de la Invalidez Total y Permanente. En caso de controversia, dichos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado y con idoneidad que elija el Asegurado de entre los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente la Compañía cubrirá lo

correspondiente en términos del presente contrato.

- d) Copia de la cedula de identidad personal por ambos lados.

25. CLAUSULA DE DERECHO DE INDEMNIZACION

Toda reclamación cuyo valor hubiere sido determinado conforme a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del contrato de Seguro, será pagada al contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de presentación de las pruebas necesarias para justificar su derecho a la indemnización correspondiente.

26. CLAUSULA ACCIONES LEGALES

No podrá entablarse ninguna acción legal para cobrar cualquier suma bajo esta póliza antes de transcurridos 60 días después de haberse presentado prueba de siniestro de acuerdo con los requisitos de esta póliza, ni a menos que se inicie dentro de los dos años siguientes a la fecha en que expira el periodo estipulado para la presentación de la prueba de siniestro.



ASEGURADO

OPTIMA, COMPANIA DE SEGUROS, S.A.