

SEGUROS SURAMERICANA, S.A.
POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES
CONDICIONES GENERALES

1. BASES DEL CONTRATO

SEGUROS SURAMERICANA, S.A., denominada en adelante "La Compañía", expide la presente Póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas en este documento, basándose en las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro de Accidentes Escolares, firmada por el Contratante. La presente póliza, la solicitud de Seguro, los endosos, tabla de indemnizaciones y cláusulas adicionales que se anexan a la Póliza, forman parte integrante del contrato de seguros.

Esta póliza no se hará efectiva hasta que haya sido entregada al Contratante, la primera prima haya sido pagada a la Compañía, y los propuestos asegurados no hayan sufrido ningún accidente.

Si el contenido de la póliza, o sus modificaciones, no concordaren con las condiciones ofrecidas, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega de la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las condiciones de la póliza y sus modificaciones.

Las condiciones de esta Póliza no podrán ser alteradas por ninguna persona, sino únicamente en las oficinas principales de La Compañía y dicha alteración sólo podrá ser aceptada por un representante autorizado de La Compañía.

2. CANCELACION DE LA POLIZA

Este contrato de seguro podrá ser cancelado antes de su vencimiento por cualquiera de las partes, mediante comunicación escrita enviada al otro contratante. Cuando La Compañía lo de por terminado, el seguro quedará sin efecto quince (15) días después de la fecha de la notificación y tendrá derecho a la proporción de la prima correspondiente al tiempo corrido.

Si lo diere por terminado el Asegurado, el seguro cesará en la fecha que tenga la comunicación de terminación, pero La Compañía tendrá derecho a la prima que se habría cobrado, según la tarifa, si la póliza hubiera sido originalmente expedida por el tiempo que estuvo en vigor.

3. ALCANCES DE LA COBERTURA

El seguro aquí establecido cubre a los estudiantes de la escuela mencionada en las Condiciones Particulares:

- a) Mientras estén en la escuela durante las horas regulares de clases, incluyendo protección durante actividades deportivas (excepción hecha de los casos indicados más adelante), en gimnasios, ejercicios de educación física, trabajos de taller y excursiones.

- b) Mientras se viaja directamente entre el hogar y la escuela en días de clases, incluyendo la hora del almuerzo, una hora antes o una hora después de las horas regulares de entrada o salida (o el tiempo requerido cuando se trate de transportación provista por la escuela).
- c) Mientras participen en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela (incluyendo eventos sociales) dentro y fuera de los terrenos de la misma o después de las horas regulares de clases.

4. **DEFINICIONES**

Para los efectos de la presente póliza, cuando se utilice cualquiera de las siguientes palabras en el texto, éstas tendrán el significado que aparece a continuación:

Accidente:

Se entiende por accidente la acción repentina de un agente externo violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado, del Contratante, o del Beneficiario, o de cualquier otra persona, y que cause al Asegurado lesiones corporales cubiertas en esta Póliza, que puedan determinarse, de una manera cierta, por un médico de confianza de la Compañía, y que haya ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y del ámbito de tiempo y espacio indicados en dicha póliza.

Asegurados:

Son los estudiantes de la escuela que se hayan inscrito como alumnos regulares para el período de cobertura de la Póliza y hayan sido reportados como tales por el Contratante. Podrán adherirse a la condición de asegurados, los docentes y personal administrativo de la escuela, siempre y cuando hayan, sido incluidos en su totalidad, en la Solicitud de Seguro.

Escuela:

Es el centro docente, sea que se denomine colegio, escuela, universidad o cualquier otro término que signifique lo mismo.

Terrorismo:

Se define como terrorismo los actos de violencia y/o maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada, o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios o materiales convertidos en explosivos, o en medios incendiarios de cualquier clase; incluyendo específicamente, aviones u otros vehículos o personas, igual que la utilización de sustancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios empleados, lugares, espacios y circunstancias de los actos.

5. **EXCLUSIONES**

- a. **Cualquier enfermedad corporal o mental que no sea motivada por accidente amparados por la póliza. Ataques cardíacos o epilépticos, síncope, demencia, u otras enfermedades, así como hernias o infecciones bacteriológicas que no sean originadas por un accidente cubierto.**
- b. **Accidentes que no se pueda comprobar que ocurrieron dentro del tiempo y espacio a que se refiere la cláusula “Alcances de la Cobertura”.**

- c. **Actos de guerra, declarada o no; servicios en fuerza armadas; terrorismo, tal como se define en esta póliza; rebelión o cualquier acto resultante de ésta.**
- d. **Alborotos populares, huelgas, desórdenes públicos, motines, si el asegurado estuviere participando en los mismos.**
- e. **Desafío o riñas, salvo en caso de legítima defensa.**
- f. **Transporte aéreo no comercial.**
- g. **Mientras el asegurado esté bajo las influencias de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.**
- h. **Efectos de la energía atómica o nuclear.**
- i. **Por fenómenos catastróficos de la naturaleza (sismos, huracán, inundaciones, etc.)**
- j. **Práctica de competencias deportivas consideradas peligrosas, como el boxeo, lucha, karate, alpinismo, paracaidismo, automovilismo, motociclismo, football americano, etc.**
- k. **Daños causados a sí mismo por el Asegurado, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente por el beneficiario.**
- l. **Lentes o prescripciones de éstos.**
- m. **Cirugía dental, servicio o reparación, excepto como se indica en el punto 4 Gastos Incurridos por Accidentes.**
- n. **Servicio o tratamiento prestado como parte de los deberes de un médico, enfermera o cualquier otra persona empleada por la escuela o retenida por ésta a base de honorarios.**

6. GASTOS MEDICOS INCURRIDOS POR ACCIDENTE

Siempre que la causa fuere un accidente cubierto bajo esta póliza, la COMPAÑÍA pagará los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que sean indispensables y necesarios, hasta un precio razonable según la localidad en donde se incurran; teniendo como limite por evento, el total de la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares de esta Póliza, después de aplicarse el deducible correspondiente, si lo hubiere.

Se pagarán facturas por gastos médicos incurridos durante un período máximo de 180 días siguientes a la fecha de un accidente cubierto.

La Compañía pagará honorarios de dentistas por daños ocasionados a dientes naturales y en buen estado, por un accidente cubierto, hasta la suma asegurada para el beneficio dental indicada en las Condiciones Particulares. El gasto debe ser incurrido dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente. Sin embargo, si el dentista certifica que el tratamiento dental tiene necesariamente que ser diferido más allá de dicho período, pero no más de 270 días, la Compañía le pagará el valor indicado en las Condiciones

Particulares para el tratamiento diferido al finalizar dicho período, pero en ningún caso la suma total a pagar por tratamiento dental excederá a la suma asegurada indicada para honorarios dentales en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

El contratante se obliga a referir a los asegurados amparados por esta póliza a los médicos o centros hospitalarios o clínicas u hospitales que la Compañía designe mediante comunicación al contratante, salvo casos de extrema urgencia comprobada o previamente autorizados por la aseguradora. Si el contratante o el asegurado prefirieren otro médico u hospital, la Compañía pagará de acuerdo a los honorarios razonables y acostumbrados pactados con la red de servicios que se ha puesto a disposición del contratante y/o asegurado. El contratante y/o asegurado asumirán cualquier diferencia o exceso en la contratación de esos servicios.

7. **BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL**

Si dentro de 180 días después de un accidente cubierto bajo esta Póliza las lesiones recibidas por el Asegurado ocasionaren su muerte, la Compañía pagará la suma asegurada por este beneficio indicada en las Condiciones Particulares.

8. **BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO**

Si como consecuencia de un accidente cubierto, las lesiones recibidas por el Asegurado ocasionaren desmembramientos, que signifiquen una incapacidad permanente, se pagará el porcentaje de la suma máxima asegurada por desmembramiento indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos porcentajes están señalados en la Tabla de Beneficios por Desmembramiento, adjunta.

La referencia a pérdida indicada en la Tabla de Beneficios por Desmembramiento en caso de mano o manos, pie o pies, significa la separación en o arriba de la coyuntura de la muñeca o tobillo, respectivamente; y pérdida de brazos, pierna o piernas, significa la separación en o arriba de la coyuntura del codo o la rodilla, respectivamente. La pérdida de ojo u ojos significa, la pérdida total e irrevocable de la vista del ojo. Solamente una de las cantidades (la más grande aplicable a pérdida sufrida) indicada arriba, será pagada por las lesiones resultantes de un accidente y será en adición a cualquier otro beneficio de gastos médicos por tal accidente.

Este beneficio se pagará únicamente si el asegurado sobreviviere 180 días de ocurrido un accidente cubierto. Si no sobreviviere, se pagará únicamente el beneficio de muerte accidental.

9. **PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE**

El Contratante se compromete a notificar inmediatamente a La Compañía de cualquier accidente sufrido por cualquiera de los asegurados, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. Luego, dentro del período de tiempo señalado adelante, deberá enviar a La Compañía un informe detallado de la causa y extensión del accidente, dando detalles sobre la persona lesionada y respecto a los testigos presenciales, de haber alguno, al momento de ocurrir dicho accidente.

La Compañía se reserva el derecho de requerir que la persona lesionada, sea examinada por el médico designado por la Compañía.

Si se trata de un caso de muerte accidental, es obligatorio dar aviso inmediato a la Compañía. Asimismo, deberán ser presentados a la Compañía a la mayor, brevedad posible, y no a más tardar de diez (10) días a contar desde la fecha del primer aviso, los siguientes documentos:

- a) En caso de muerte debe suministrar:
- Informe de la fiscalía Medicatura Forense del Ministerio Público(Protocolo de Necropsia)
 - Completar el formulario No.1 (Pruebas de Muerte) por cada uno de los beneficiarios. Este formulario debe solicitarlo en las oficinas de la Compañía.
 - Certificado de defunción del Asegurado (original) 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 en caso de accidente de tránsito.
 - La póliza original.
- b) **En caso de reclamación de Gastos Médicos:**
- Debe completar el Formulario No.2SE de Reclamación por Accidentes Personales Escolares, el cual le será suministrado por la oficina del Plantel o centro escolar respectivo.
 - Debe ser referido a los médicos, clínicas y hospitales señalados por la Compañía y todo documento de reclamación debe venir validado por el asegurado o por la persona que lo acompañe. En caso de menores, deberá ser completado por el acudiente o persona que lo lleve al centro asistencial y validado pertinentemente por la Dirección de la escuela o colegio.
 - El deducible está indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza en caso de gastos Médicos.
- c) **En caso de Pérdida de Miembro(s):**
- Completar el formulario No. 2SE de Reclamación por Accidentes Personales Escolares, el cual debe ser completado por el asegurado o el acudiente si fuera menor de edad, contratante y médico tratante.

10. **PAGO DE INDEMNIZACIÓN (ES):**

En caso de muerte accidental, la Compañía pagará la suma asegurada a las personas designadas como beneficiarios en la póliza y en defecto o falta de tal designación, a los herederos legales del Asegurado. La Compañía no pagará indemnización alguna por muerte accidental, si la muerte del Asegurado sobreviene seis (6) meses después o más de haber ocurrido el accidente.

11. **ACUERDO DE PAGO DE PRIMA**

El Contratante deberá pagar las primas o precio convenido por este seguro de una sola vez en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Si la Compañía pactare pago de primas diferente a un pago único y no se pagan las primas pactadas, dentro de las fechas estipuladas en las Condiciones Particulares, se le notificará por escrito al Contratante del incumplimiento a su dirección fijada en la póliza,

quien deberá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha del envío de la notificación, pagar las sumas adeudadas directamente a La Compañía . El Contratante podrá autorizar a su Corredor, por este medio, a recibir en su nombre notificaciones por falta de pago.

Si el asegurado deja transcurrir el referido plazo de diez días sin cumplir con lo anterior, quedará en toda circunstancia sin efecto la presente Póliza, así como todas las coberturas y no tendrá derecho a reclamo alguno.

12. **DERECHO DE SUBROGACIÓN**

La COMPAÑIA tiene el derecho de recuperar de cualesquiera persona responsable civil o personalmente del accidente, los pagos hechos basados en los beneficios establecidos en la presente póliza, por lesiones sufridas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones. La COMPAÑIA podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos o de las Aseguradoras de éstos. En igual forma la COMPAÑIA lo podrá hacer del Asegurado o de sus dependientes, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

La COMPAÑIA hará efectivo el desembolso de los beneficios al Asegurado, sujeto a que el Asegurado o su Beneficiario:

- a) firme el documento de subrogación a favor de la COMPAÑIA, y;
- b) no tomen ni hayan tomado acción alguna que pueda perjudicar los derechos subrogados, y;
- c) cooperen con y asistan a la COMPAÑIA en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

13. **ASEGURADOS NUEVOS**

Los estudiantes nuevos que ingresen a la escuela después de la fecha de vigencia de este seguro, serán elegibles para su inclusión en esta Póliza y dicha cobertura será efectiva, cuando la solicitud del Contratante para el seguro de los estudiantes nuevos y las primas requeridas hayan sido pagadas a la Compañía; sin embargo, la cobertura vencerá en la fecha de vencimiento de ésta póliza indicada en las Condiciones Particulares.

En fe de lo cual, la Compañía expide y firma esta Póliza en la ciudad de Panamá, R. de P. En la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

SEGUROS SURAMERICANA, S.A.

**TABLA DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE POR DESMEMBRAMIENTOS
POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTE ESCOLAR**

POR LA PERDIDA DE:	% DE LA SUMA ASEGURADA POR DESMEMBRAMIENTO
Ambas manos o ambos pies	100%
Ambos brazos o ambas piernas	100%
Ambos ojos	100%
Un pie y un ojo	100%
Una mano y un ojo	100%
Una mano o un brazo	37.5%
Un pie o una pierna	37.5%
La vista de cualquier ojo	25%

SOLICITUD PARA POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES	
CONTRATANTE:	
RUC:	DIGITO VERIFICADOR:
DIRECCION:	Teléfonos:
DIRECCION DE COBROS:	
FORMA DE PAGO:	COBERTURAS:
	Muerte () Desmembramiento () Gastos Médicos ()
NUMERO DE ESTUDIANTES:	EL GRUPO QUE ASEGURARÁ PERTENECE A:
Preescolar () Primaria () Secundaria () Nocturna () Universitaria () Post Grado () Maestría () Administradores () Docentes ()	Preescolar () Primaria () Secundaria () Nocturna () Universitaria () Post Grado () Maestría () Administradores () Docentes ()
Firmado por:	
Corredor: Licencia No.	

INTEROCEANICA DE SEGUROS, S.A.
FORMULARIO No. 2SE DE RECLAMACION POR ACCIDENTES PERSONALES
ESCOLARES

SECCION A PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (Utilice letra imprenta)

Póliza No.	Nombre de Grupo para Colectivo :			
Nombres:		Apellidos:		
Dirección:	Edad	Cédula	Seguro Social	Fecha Accidente
Grado o Año:	Qué otro seguro posee que puede cubrir parte de los gastos por el cual se hace el reclamo.			

Marque las casillas para indicar los beneficios afectados en el accidente:

Gastos Médicos

Pérdida de Miembros

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Lugar dónde ocurrió el Accidente:	Hora en que ocurrió el Accidente:
Cómo ocurrió:	
Si estuvo hospitalizado indique fecha de ingreso fecha de salida	
¿Ha recibido anteriormente algún tratamiento por esta incapacidad relacionada a este accidente?	
Sí () No (). En caso afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas:	
NOMBRE DE LOS TESTIGOS	DIRECCION Y TELEFONOS DE CADA UNO
1.	
2.	
3.	

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otra instituciones, para que suministren informaciones completas o complementen la suministrada, (adjuntando copias completas de sus archivos en relación con este reclamo a INTEROCEANICA DE SEGUROS, S.A.

 Fecha y Ciudad
 Contratante)

 Firma del Asegurado (Acudiente o

B. PARA SER COMPLETADO POR LA PERSONA AUTORIZADA (POR EL EMPLEADOR O EL REPRESENTANTE DEL GRUPO ASEGURADO, EN SU CASO):

Nombre del Centro Escolar Asegurado:	Nombre del Asegurado:
Grado o Año que cursa:	Hora que ocurrió el accidente:
Considera usted que este reclamo es razonable, necesario y correcto?	
Observaciones:	

 Fecha y Ciudad
 Cargo

 Firma autorizando el Reclamo

C. PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE:

Nombre del Paciente:		Apellido del Paciente:
Edad	Sexo M () F () En caso de Paciente femenino ¿se debe éste a embarazo? Sí () No ()	Fecha en que se atendió el paciente:
Fecha en que ingresó al hospital:		Fecha de salida:
Diagnóstico del Padecimiento actual:		
Según su apreciación y conocimiento lo ocurrido al paciente es: Un accidente: Sí () No () . En caso afirmativo Explique:		
Considera que el accidente no tiene antecedentes o relación con accidente anterior ocurrido		

antes al paciente: Sí () No () En caso afirmativo explique:	
Ha recibido el paciente algún tratamiento por esta condición o alguna condición, relacionada a ésta (En caso afirmativo, favor detallar).	
Favor indicar qué Exámenes de Laboratorio, o Rayos X si necesitan	
Favor detallar tratamiento u operación:	
Se presentó alguna complicación: Sí () No () En caso afirmativo, describa éstas:	
Detalle de Honorarios por, Consulta () B/._____ B/._____	
Tratamiento () B/._____ B/._____	
Tratamiento () B/._____ B/._____	
Favor indicar CUADRO CLINICO Y HALLAZGOS que apoyen el diagnóstico arriba indicado	
Remesa de honorarios a:	
Paciente ()	
Hospital ()	Dirección Postal:_____
Teléfonos:_____	
Médico ()	
Lugar y fecha donde se atendió al paciente:	
Nombre del médico:	
Confirmando que soy el Médico del Paciente y he recomendado los servicios por los cuales se hace este reclamo:	
_____	_____
Firma y sello del médico	Nombre de la Razón Social
Fecha	
Cédula de identidad personal o R.U.C. No.	
OBSERVACIONES O SEGUIMIENTOS DEL CASO:	