



COVID PROTECT
Póliza de Indemnización por la Enfermedad de COVID-19

CONDICIONES GENERALES

Por el pago de la prima estipulada en los términos establecidos en el contrato, **ASEGURADORA ANCÓN, S.A.**, organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá, (de aquí en adelante llamada La Compañía) se compromete, sujeto a las disposiciones de esta póliza, lo cual incluye sus Condiciones Particulares, Generales, Endosos, y Solicitud de seguro, a pagarle al Asegurado /Contratante nombrado en las Condiciones Particulares (de aquí en adelante llamado el Asegurado), al recibir en su Oficina Principal prueba fehaciente de siniestros cubiertos por esta póliza, de acuerdo a los términos y condiciones y sujeto a las excepciones y limitaciones establecidas en esta póliza, sólo como se define subsiguientemente.

ASEGURADORA ANCÓN, S.A. se obliga, sujeto a las disposiciones de esta Póliza, a otorgar los siguientes beneficios:

1. **Indemnización por Muerte a causa de COVID-19**
2. Indemnización Diaria por Hospitalización por la Enfermedad COVID-19
 - A partir del [tercer (3er)] día de hospitalización, pagaremos la indemnización diaria indicada.
 - Hospitalizaciones con duración menor a [tres] días, no calificarán para este beneficio.
 - Pagaremos un máximo de [10] días por año póliza, independientemente de las hospitalizaciones durante este período de tiempo. Si el Asegurado agotara el beneficio en la primera hospitalización, no calificará para otras reclamaciones por éste durante el mismo año póliza.
 - Serán considerados en este beneficio los días de reclusión por hospitalización, así como por reclusión en una Unidad de Cuidado Intensivo.
3. Indemnización por Reclusión en una Unidad de Cuidado Intensivo por Complicación Directa a la Enfermedad COVID-19
 - Limitaremos este beneficio a [una] indemnización por año póliza según condicionado particular.

En consideración a la Solicitud incluida, la cual forma parte de la Póliza, y al pago de la prima por adelantado, la Compañía por este medio le asegura a usted y promete pagar los beneficios especificados en la Póliza, sujeto a las disposiciones indicadas, contra pérdidas resultantes de la Enfermedad de COVID-19 aquí mencionadas, siempre y cuando la orden médica para los exámenes de diagnóstico, la realización de los mismos y el diagnóstico final ocurran con posterioridad a la fecha de efectividad de la Póliza.

AVISO IMPORTANTE

La copia de la Solicitud y de la entrevista telefónica forman parte de la Póliza y la Póliza ha sido emitida basándonos en que todas las contestaciones a las preguntas y a la información ofrecida en la Solicitud sean correctas y estén completas. Le exhortamos a que lea la copia de la Solicitud y de la entrevista telefónica incluidas en la Póliza, la revise cuidadosamente y escriba A Aseguradora Ancón, S.A., dentro de diez (10) días,

sobre cualquier información incorrecta o incompleta que encuentre o de cualquier historial médico relacionado que no se haya informado en la Solicitud. De no recibir respuesta de su parte, la Compañía entenderá que usted confirmó la veracidad de la información ofrecida en la Solicitud.

ESTA PÓLIZA SERÁ GARANTIZADA RENOVABLE POR VIDA MIENTRAS SE MANTENGA VIGENTE CON PRIMAS AJUSTABLES SEGÚN APROBACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMÁ.

DEFINICIONES

Año Póliza: Se refiere a un período de doce (12) meses siguientes a la fecha de efectividad de la póliza y cada período similar siguiente.

Asegurado: Se refiere a la persona nombrada en las Condiciones Particulares de esta Póliza, que estará protegida por nuestra Compañía mientras recibamos los pagos de prima acordados en este contrato.

Beneficiario(s): Es (son) aquella(s) persona(s) o entidad(es) designada(s) en la solicitud para esta Póliza o con posterioridad, que recibirá(n) cualquier pago correspondiente a las pérdidas cubiertas en la eventualidad de que el Asegurado haya muerto o esté incapacitado mentalmente.

Suspensión de cobertura: Período de sesenta (60) días **calendario** contados a partir del vencimiento del Período de Gracia, dentro del cual la Póliza se mantiene vigente pero el Asegurado o Personas Cubiertas no tendrán derecho a recibir los beneficios de la Póliza.

Complicación Directa con la enfermedad COVID-19: se refiere a que la enfermedad nombrada, ocasiona o contribuye a la pérdida cubierta, según la información indicada en el Informe Médico o en el Acta de Defunción, requeridas al momento de presentar la reclamación.

COVID-19: Es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 que produce síntomas similares a la gripe, entre los que se incluyen, pero no se limitan: fiebre, tos y dificultad respiratoria.

Compañía: Se refiere a Aseguradora Ancón, S.A. que asume los riesgos cubiertos contenidos en esta Póliza y sus Endosos.

Contrato único y cambios no previstos en las condiciones generales y particulares: Esta póliza junto a su solicitud y endosos, de existir alguno, constituyen el único contrato entre La Compañía y el Contratante. Salvo por el ajuste de primas y los cambios señalados. Ningún cambio en las Condiciones Particulares será válido a menos que sea solicitado por escrito por el Contratante y aprobado por un oficial ejecutivo de La Compañía. Tal cambio deberá señalarse mediante un endoso, el cual formará parte integral de esta póliza, a partir de la fecha de su emisión. Cualquier cambio a las Condiciones Generales de la póliza debe ser autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Coberturas Básicas: Se refiere a los Beneficios de Indemnizaciones, todas bajo una sola cobertura, que serán pagaderos por concepto de complicaciones directas o necesidad médicamente justificada de hospitalización por la Enfermedad COVID-19.

Declaraciones Falsas: Se refiere a información falsa u omitida intencionalmente por el Asegurado, o el solicitante de la Póliza, o el reclamante, con el propósito de obtener la aprobación de la Póliza y/o el pago de alguna reclamación.

Contratante: Es la persona natural o jurídica quien suscribe esta póliza con La Compañía y actúa en nombre propio y de las personas asegurables, cuando se trata de una póliza Individual y en representación de la colectividad que se asegura si se trata de una póliza colectiva, cuya solicitud sirve de base para emitir la póliza y quien es responsable por pagar la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Endoso: Se refiere al documento que se incluye en la Póliza para cambiar o modificar alguna disposición en el contrato.

Vigente: Se refiere a que la Póliza se encuentra activa y el Asegurado continúa cubierto bajo los términos de la misma.

Evidencia Médica: Se refiere a documentos médicos que certifiquen la ocurrencia de la pérdida incurrida por la cual se reclama.

Exclusiones: Se refiere a que determinadas pérdidas no estarán cubiertas bajo esta Póliza.

Fecha de Efectividad: Se refiere a la fecha en que la Póliza entra en vigor.

Hospitalización: Ingreso a una Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, con facilidades establecidas para diagnóstico, tratamiento y operaciones, ya sea en sus predios o en instalaciones a disposición del hospital mediante un acuerdo previo, que esté supervisado por uno o más médicos con idoneidad para ejercer su profesión en la República de Panamá y que incluya los servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día. Están excluidas instituciones principalmente dedicadas y autorizadas para operar como una casa de salud, hogar de descanso, enfermería, hogar de convalecencia, hogar de envejecientes, o que sea principalmente una institución para el cuidado y tratamiento de adicciones a sustancias controladas, drogas, alcohol o condiciones mentales o de los nervios.

Laboratorio Especializado: Lugar donde los profesionales de laboratorio de diagnóstico clínico (Tecnólogo Médico, Licenciados en Laboratorio Clínico e Histopatológico, Bioquímicos, Químicos Farmacéuticos, Bioanalistas, Químicos Bacteriólogos Parasitólogos y Médicos) realizan análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes.

Médico Tratante: Significa un doctor en medicina idóneo para ejercer la profesión, que no sea el Asegurado o Persona Cubierta, dedicado a la práctica de la medicina dentro de los límites para los cuales lo autoriza su licencia respecto al diagnóstico de la Enfermedad COVID-19, basándose en los resultados positivos a la prueba de un laboratorio especializado.

Pagador de la Póliza: Persona que realiza los pagos de primas correspondientes de esta Póliza. Este puede ser una persona distinta al Asegurado y/o al Dueño de la Póliza, pero deberá existir un interés asegurable entre las partes.

Prima Anual: Pago correspondiente a 12 meses de cobertura para mantener activa la póliza.

Pérdida Incurrida: Se refiere a la ocurrencia de cualquiera de las causas por las cuales se ofrecen los beneficios bajo la Cobertura Básica de esta Póliza.

Período de Gracia: Cuando la póliza no determine la existencia de un período de gracia, se entenderá por tal los treinta (30) días calendarios, siguientes a la fecha en que el contratante debió realizar el pago, según lo previsto en su póliza. En caso de diferencia entre el término de período de gracia establecido en la póliza y el de esta Ley, se tendrá por válido aquel que sea más beneficioso al contratante (Artículo 160 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

Período de Suspensión: Terminado el Período de Gracia de que trata la definición anterior, de pleno derecho y forma automática la Póliza entrará en un Período de Suspensión por un plazo de sesenta (60) días calendario. Durante este Período de Suspensión el Asegurado no tendrá derecho a ninguna cobertura amparada bajo esta Póliza.

Reclamante: Se refiere al Asegurado o al (los) beneficiario(s) al momento de presentar una reclamación.

Rescindir: Significa anular, contestar, denegar o impugnar la validez de la Póliza.

Último Vencimiento: Fecha hasta la cual los pagos recibidos para la Póliza la mantendrán activa.

COBERTURAS

La Cobertura Básica contiene tres (3) beneficios. La Compañía acuerda pagar los beneficios aquí descritos, únicamente por concepto de la Enfermedad COVID-19, siempre y cuando:

- La orden médica para los exámenes de laboratorio necesarios para el diagnóstico, la realización de estos y el diagnóstico final de COVID-19 ocurran con posterioridad a la fecha de efectividad de la Póliza.

La Póliza se encuentre vigente.

1. Indemnización por Muerte a causa de COVID-19

La Compañía indemnizará al Beneficiario Designado mediante el pago indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando recibamos el Certificado o Acta de Defunción del Asegurado y Copia del Informe Médico, en el cual se evidencie que la Enfermedad COVID-19 contribuyó al desarrollo de la condición médica que ocasionó su muerte.

2. Indemnización Diaria por Hospitalización por la Enfermedad COVID-19

A partir del [tercer (3er)] día de hospitalización, pagaremos la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Pagaremos un máximo de [diez (10)] días por año póliza, independientemente a la cantidad de hospitalizaciones a consecuencia de la enfermedad cubierta.

Aquellas hospitalizaciones con una duración menor a [tres] días, no calificarán para este beneficio.

3. Indemnización por Reclusión en una Unidad de Cuidado Intensivo por Complicación Directa a la Enfermedad COVID-19

Cubre si el Asegurado es diagnosticado con la Enfermedad COVID-19 y requiere ser hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, la indemnización indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Este beneficio se limitará a [una] indemnización por año-póliza.

EXCLUSIONES

Los beneficios descritos bajo esta Póliza son únicamente aplicables a pérdidas como consecuencia de complicaciones de la Enfermedad COVID-19, por lo cual se excluye:

- **Accidentes**
- **Cualquier enfermedad distinta a COVID-19**
- **Cualquier pérdida cubierta bajo esta póliza, donde el diagnóstico de COVID-19 ocurra con anterioridad a la fecha de efectividad de esta Póliza.**

DISPOSICIONES GENERALES

Contrato Único o Cambios: Esta Póliza, incluyendo su(s) Endoso(s), su Solicitud y otro(s) documento(s) incluido(s) constituye(n) el Contrato Único entre la Compañía y el Asegurado. Ningún cambio será válido, a menos que sea aprobado por una persona autorizada de la Compañía y que tal aprobación sea endosada en la Póliza o adherida a la misma.

Dolo o Fraude: La Compañía evalúa las reclamaciones que se le presenten para el pago de indemnizaciones por siniestros, presuntamente cubiertos por la póliza, basada en que las declaraciones hechas por el Asegurado sean veraces.

Por tanto, la falta de veracidad, declaración falsa o inexacta de información relevante, demora en la entrega de documentos o la declaración de hechos que a la luz de las circunstancias en que fueron

realizados puedan resultar falsos o inexactos u omitidos con dolo por parte del Asegurado, habiendo sido corroboradas por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, le dará derecho a La Compañía a negar cualquier reclamo presentado con base en la misma y acarreará la nulidad de la cobertura de seguro, a partir de la fecha en que La Compañía tenga conocimiento de dicha falta.

Declaración inexacta u ocultamiento: La Compañía suscribe y emite la póliza, bajo la presunción de que las declaraciones e información relevante contenidas en la solicitud de seguro, son veraces.

No obstante, se aclara que según el Artículo 1000 del Código de Comercio, toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado que hubieran podido influir de cualquier modo en la existencia o condiciones de esta póliza, trae consigo la nulidad de esta.

Término de la Cobertura: El término inicial de esta Póliza comenzará a las 12:01 a.m. en la fecha de efectividad y terminará a las 12:01 a.m. en la fecha de la primera renovación. Cada vez que esta Póliza sea renovada en su aniversario, mediante el pago de primas antes que finalice el Período de Gracia, el término de renovación comenzará a la misma hora que el término anterior finalice y finalizará en la fecha que la próxima renovación comience.

Pago de Primas: Las primas serán las mismas para todos los asegurados, independientemente de su edad, sexo, si fuman o no fuman. El Asegurado o el Pagador de la Póliza deberán efectuar los pagos de prima anual a tiempo. No obstante, luego del primer aniversario de la póliza, podrán solicitar por escrito, un cambio en el modo de pago de primas sujeto a los modos de pago que estén disponibles al momento de la solicitud del cambio. Cada prima será pagadera por adelantado. Es responsabilidad del Asegurado o del Pagador emitir sus pagos de prima a tiempo, estar pendientes de la disponibilidad del dinero en su Cuenta Bancaria, o en su Tarjeta de Crédito al momento en que hagan los cobros automáticos (de ser aplicable).

Es importante que usted nos informe prontamente acerca de cualquier cambio en:

- 1) Su dirección postal;
- 2) Números telefónicos;
- 3) Cuenta bancaria y
- 4) Dirección electrónica

Es importante que recibamos los pagos de prima a tiempo, ya que, en la eventualidad de una caducidad, una solicitud de reinstalación de la póliza pudiera serle denegada.

Período de Gracia: Si la prima o fracción de prima no se recibe antes de o en la fecha de pago, según señalan las Condiciones Particulares de esta póliza, La Compañía concederá al Contratante un período de gracia de treinta (30) días calendario para recibir el pago correspondiente.

Suspensión 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 póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, **lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta (60) días.**

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho período o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo dispuesto en el Artículo 161.

Cuando se trate de seguros de salud o de vida individual, la aseguradora no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del período de suspensión de sesenta días (Artículo 156 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

Acuerdo de pago de primas: Se hace constar que el Asegurado y La Compañía han acordado que la prima total, la cual forma parte de esta póliza, será pagada de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares, a partir de la fecha de emisión de la póliza.

De igual forma, se deja constancia que cualquiera sea la forma de pago pactada en este contrato de seguro, el Asegurado deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la póliza. El incumplimiento 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, y no será necesario el envío de aviso de cancelación que trata el artículo 998 del Código de Comercio.

Elegibilidad: En pólizas individuales o colectivas el Asegurado Principal debe ser mayor de 18 años y menor de sesenta y cinco (65) años.

Edad Falsamente Expresada: Si la edad de un asegurado ha sido falsamente expresada, todas las sumas pagaderas con arreglo a esta póliza serán las que la prima pagada hubiera comprado a la edad correcta.

Renovación Automática: El Asegurado o el Dueño podrán renovar esta Póliza durante toda la vida, mediante el pago puntual de la prima y sin necesidad de someterse a evidencia de asegurabilidad.

Cambio de Beneficiarios: A menos que el asegurado haga una designación irrevocable de beneficiario, se reserva al asegurado el derecho a cambiar el beneficiario y no será necesario el consentimiento del beneficiario o beneficiarios, para la entrega o cesión de esta póliza, o para hacer algún cambio de beneficiario o beneficiarios, o cualquier otro cambio en esta póliza.

Rehabilitación durante el período de suspensión de cobertura: Si el contratante efectúa el pago de la prima adeudada dentro del período de sesenta (60) días de suspensión, la póliza será rehabilitada.

Rehabilitación por cancelación: Cancelada la póliza, La Compañía podrá considerar la rehabilitación de esta a su entera y única discreción cuando el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos:

- Pagar el total de las primas adeudadas a La Compañía; y
- Remitir la Solicitud de Rehabilitación debidamente completada y firmada a La Compañía dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza; y
- Pagar la prima que señale La Compañía para la rehabilitación, si ésta se diera.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o no la solicitud de rehabilitación. La rehabilitación de la póliza se considerará solamente después de recibir prueba de buena salud de las personas aseguradas bajo la póliza original. La Compañía notificará su aprobación o negación por escrito, al Asegurado. El Asegurado y La Compañía tendrán los mismos derechos que existían antes de la fecha de cancelación por morosidad, sujeto a cualquier endoso que se adjunte a la póliza como resultado de tal rehabilitación.

Aviso de Reclamación: Deberá darse aviso por escrito de la reclamación al asegurador dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o comenzado alguna pérdida cubierta por la póliza y remitir los documentos que sustentan la reclamación, dentro de los noventa (90) días

Si no recibimos los documentos que sustentan la reclamación cerraremos la solicitud de ésta. Dejar de suministrar la prueba requerida no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fuera posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba sea sometida tan pronto sea razonablemente posible, y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año de nuestro requerimiento.

Tiempo para el Pago de Reclamaciones: Los beneficios bajo esta póliza debido a cualquier pérdida cubierta, serán pagaderos dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido en La Compañía, todos los documentos que conformen la prueba escrita de tal pérdida.

Pago de Reclamaciones: Cualquier pago de reclamación bajo esta Póliza, será a nombre del Asegurado nombrado en las Condiciones Generales de esta Póliza. Si este Asegurado muere, cualquier pago para el que califique, será a nombre de los beneficiarios designados; y en su ausencia, será pagadero a la heredad del Asegurado.

En caso de reclamar la Indemnización por Muerte el monto asegurado se pagará al o a los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante el período de vigencia de la póliza, previa entrega de la presente póliza y habiéndose presentado la documentación requerida por la Compañía.

A falta de beneficiarios instituidos por el contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado así declarados judicialmente, en los porcentajes establecidos en el testamento, o a falta de herederos testamentarios, a los herederos así declarados judicialmente.

Si los beneficiarios son menores de edad debe incluir copia de los certificados de nacimiento de ellos. Si el asegurado no designó a un administrador fiduciario de los menores, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del asegurado así declarados judicialmente, en los porcentajes establecidos en el testamento, o a falta de herederos testamentarios, a los herederos así declarados judicialmente.

Requisitos para tramitar un reclamo:

1. Indemnización por Muerte a causa de COVID-19:

- Certificado de defunción emitido por el Registro Civil, debidamente autenticado.
- Copia de la cédula de identidad del fallecido.
- Copia de la cédula de identidad de los beneficiarios.

2. Indemnización Diaria por Hospitalización por la Enfermedad COVID-19

- Resultado de Prueba de SARS-CoV-2 por método PCR o Antígeno.
- Copia de la cédula de identidad personal del asegurado.
- Certificación del médico tratante indicando el diagnóstico, el tratamiento indicado y el número de días que estuvo hospitalizado.

3. Indemnización por Reclusión en una Unidad de Cuidado Intensivo por Complicación Directa a la Enfermedad COVID-19

- Resultado de Prueba de SARS-CoV-2 por método PCR o Antígeno.
- Copia de la cédula de identidad personal del asegurado.
- Certificación del médico tratante indicando el diagnóstico, el tratamiento indicado y el número de días que estuvo hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Exámenes Físicos y Autopsia: La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar por su cuenta al Asegurado, cuando y tan frecuente como razonablemente se requiera mientras estuviere pendiente una reclamación con arreglo a esta Póliza. Además, en caso de muerte podrá requerir que se practique una autopsia o necropsia, cuando no esté prohibido por Ley.

Acciones Legales: Ninguna acción de ley o equidad para cobrar beneficios bajo esta póliza podrá ser instituida durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que la evidencia completa de la reclamación haya sido sometida a La Compañía.

Terminación: Esta Póliza terminará cuando;

- El Asegurado nombrado en las Condiciones Particulares muera.
- El Asegurado y/o Contratante solicite por escrito la cancelación de la misma.
- Termine el Período de Gracia y/o Período de Suspensión y no recibamos la prima correspondiente a esta Póliza.
- La Compañía rescinda el contrato porque el Asegurado omitiera información material al riesgo y no haya comenzado el Período de Incontestabilidad de la póliza; o después de este período, por declaraciones fraudulentas.

Terminación por morosidad y aviso de cancelación: Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento o morosidad por parte del Asegurado se enviarán 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 del contratante deberá notificarlo a la aseguradora, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante por escrito, con una anticipación de quince 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.

Domicilio: Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Principal deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. La falta de cumplimiento de esta condición acarreará la cancelación de la póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra La Compañía.

Se fija como domicilio de las partes, la República de Panamá.

Modificaciones: Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de La Compañía.

ESTAS SON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA No.: _____

“Este modelo de Póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución N° DRLA-086”



ASEGURADORA ANCÓN, S.A.

(Firma de Asegurado y/o
Contratante)

