

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES

LIBERTY SEGUROS S.A., en adelante se denominará la Compañía, bajo los términos de las condiciones generales, particulares y especiales contenidas en la presente póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, acuerda asegurar el riesgo descrito en condiciones particulares de la póliza.

Esta Póliza se sujeta a las disposiciones de la Legislación sobre el Contrato de Seguro vigente.

ARTÍCULO PRIMERO: AMPARO O COBERTURA BÁSICA

Esta póliza ampara el fallecimiento a consecuencia directa y exclusiva de un accidente, cubierto en la presente póliza, siempre y cuando ésta se manifieste dentro del año siguiente al de la ocurrencia del accidente.

ARTÍCULO SEGUNDO: AMPAROS O COBERTURAS ADICIONALES

La Compañía cubre los siguientes eventos siempre y cuando estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares y se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año contado desde la fecha del accidente:

- a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.-** Si el accidente causa incapacidad total y permanente, la Compañía pagará la suma correspondiente al grado de Incapacidad Total y Permanente, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten máximo hasta un (1) año, después de su ocurrencia. Basándose en la Tabla de Indemnizaciones indicada a continuación:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- El estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiere al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida 100%
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine invalidez total y permanente: 100%
- Pérdida total de ambos ojos: 100%
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos o de las dos piernas o de ambos pies: 100%
- Pérdida completa de una mano o un brazo conjuntamente de una pierna o un pie: 100%

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación (extracción o destrucción) de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES

	<u>Derecho</u>	<u>Izquierdo</u>
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (pseudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%

Pérdida del dedo pulgar	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	40%
Fractura no consolidada de un fémur (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total), cuando uno o más de los huesos del pie se fracturan (tarso - metatarso)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (cuello del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida del grueso artejo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del setenta por ciento (70%) de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido la amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero, si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange, si se trata de otros dedos. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del cien por ciento (100%) de la suma asegurada para la invalidez total permanente.

En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones, que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyen una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independiente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las incapacidades derivadas de accidentes sucesivos, ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la Póliza y cubiertos por la misma, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez

a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

- b) INCAPACIDAD TEMPORAL:** Si a consecuencia exclusiva y directa de lesiones corporales sufridas por un accidente amparado por la presente póliza, el asegurado se encuentra incapacitado total y continuamente en forma temporal para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana, obligándolo a reclusión hospitalaria o a estar recluso en su casa de habitación. La indemnización diaria se pagará íntegra, mientras el Asegurado quede completamente imposibilitado. La indemnización quedará reducida por lo menos a la mitad desde el momento en que el Asegurado pueda ejercer en parte una profesión u ocupación cualquiera, a juicio del médico o médicos competentes.

La incapacidad total temporal debe ser superior a tres (3) días para ser objeto de pago, manifestarse a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del accidente dentro de la vigencia de la póliza, y debe estar certificado por el médico especialista legalmente registrado y calificado.

La cantidad máxima de días de cobertura por incapacidad temporal se especificará en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

- c) GASTOS MÉDICOS:** Si las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto durante la vigencia de la presente Póliza, requiriesen tratamiento por un médico o cirujano con título universitario, con vigencia legal o reclusión en un hospital o clínica, la Compañía reembolsará los gastos razonables de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, hasta la suma determinada para esta cobertura en el Cuadro de Beneficios en los que haya incurrido el asegurado.

Dichos gastos comprenderán honorarios médicos, medicamentos, útiles de curación, hospitalización, Rayos X y aparatos de prótesis. No se indemnizarán los gastos ocasionados por curas de baños medicinales, viajes de convalecencia o tratamiento odontológico.

En caso de existencia de otros seguros que amparen Gastos Médicos, la Compañía no estará obligada al pago de una proporción de suma gastada por ese concepto, mayor que la que guarde el límite de responsabilidad de la Compañía fijada para dicho riesgo en el cuadro de beneficios, con el límite total de responsabilidad de todos los seguros válidos y cobrables, que amparen este riesgo.

El Asegurado después de haber utilizado parcial o totalmente la suma estipulada para gastos médicos, podrá solicitar su restitución al importe original, pagando la prima proporcional que corresponda al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza.

- d) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:** En caso de que el Asegurado sea hospitalizado a causa de un accidente amparado en la póliza, la Compañía indemnizará una renta diaria por el total de días efectivos de hospitalización. El pago de la indemnización está sujeta a:
- La hospitalización dure más de 24 horas.
 - La hospitalización del asegurado debe presentarse en una clínica u hospital.
 - Una vez aplicado el deducible de dos (2) días contados a partir de las primeras 24 horas de hospitalización, pero sin exceder de treinta (30) días continuos o discontinuos, establecidos como la indemnización máxima por vigencia anual, ya sea que ellos ocurran en una o varias

hospitalizaciones.

- Para cada periodo de hospitalización se aplicará el deducible establecido, y la indemnización.
- La hospitalización sea autorizada o validada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en caso de que el Asegurado fuera afiliado a dicha entidad.
- Los costos de la hospitalización sean asumidos por la Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en caso de que el Asegurado fuere afiliado a dicha entidad, o por el adicional de salud.

La cantidad máxima de días de cobertura de renta diaria por hospitalización por accidente se especificará en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

ARTÍCULO TERCERO: EXCLUSIONES GENERALES

La presente Póliza no cubre las lesiones o consecuencias producidas por o con motivo de:

- a) Enfermedades de cualquier naturaleza y sus consecuencias.
- b) Lesiones causadas por la acción de rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares; lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo Primero "Amparo o Cobertura Básica" del presente contrato; ni por insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; o por psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme el Artículo Primero "Amparo o Cobertura Básica" del presente contrato.
- c) Los causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, sonambulismo, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme el artículo primero, ni los causados por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, o haber ingerido alcohol.
- d) Accidentes ocurridos antes de contratar la póliza.
- e) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- f) Duelos, suicidios o tentativa de suicidio, esté o no en su sano juicio
- g) Hechos producidos por actos delictuosos, infracciones de leyes y disposiciones relacionadas con la seguridad de las personas.
- h) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad u operaciones militares (exista o no declaración de guerra), guerra civil, insubordinación, motín, conmociones civiles, levantamiento militar o popular, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial o estado de sitio, o cualesquiera de los eventos o causas que determinen la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, o por actos de guerrilla, terrorismo, sabotaje, huelga.
- i) Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales catastróficos.
- j) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se trata de legítima defensa.
- k) Manejo de vehículos destinados al servicio público de transporte de pasajeros o mercaderías.
- l) Práctica de andinismo, cacería mayor, competencias de 4x4, o en general, los producidos durante la práctica de actividades o deportes, notoriamente peligrosos, que no se relacionen con la actividad u ocupación declarada por el Asegurado.
- m) Práctica normal y no profesional de béisbol, polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, alas delta, parapente.
- n) Conducción o viaje como pasajero de aviones privados, motocicletas, bicicletas a motor o vehículos similares

ARTÍCULO CUARTO: DEFINICIONES

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

ACCIDENTE.- Se entiende por accidente para los efectos de este seguro, todo suceso causado por medios externos, imprevistos, involuntarios, repentinos y fortuitos que afecten al Asegurado en su organismo y, que produzcan lesiones corporales directas, exclusivas y objetivamente constatables.

El presente seguro ampara las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que ocurran al Asegurado, en las siguientes circunstancias:

- a) En el ejercicio de la profesión, oficio o actividad declarada;
- b) En el curso de su vida privada;
- c) Durante su permanencia en cualquier lugar del mundo;
- d) Durante el uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, o en el empleo regular, como conductor o pasajero de vehículos automotores o acuáticos, propios o ajenos, de uso particular;
- e) Durante la práctica como aficionado de las siguientes actividades deportivas: Atletismo, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y a motor, esgrima, gimnasia, golf, balonmano, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota vasca, pesca, (salvo submarina y/o en alta mar), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, voleibol, water-polo, fútbol y basket.

Se entiende como accidentes, además:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga, o por inmersión y obstrucción, y la electrocución, incluyendo el rayo.
- b) Mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos.
- c) El tétanos de origen traumático.
- d) Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, cuando sean de origen traumático.
- e) Los causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico, como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices, hernias) y los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del Asegurado, legalmente establecida.
- f) El envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, ocurridos de manera involuntaria.
- g) Las inoculaciones infecciosas y pinchazos que resulten a los médicos cirujanos y practicantes, en operaciones quirúrgicas, autopsias anatómicas o trabajos de disección; y
- h) La asfixia por inmersión accidental sobrevenida al bañarse o en el ejercicio de la natación.

HOSPITALIZACIÓN.- Permanencia en una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

HOSPITAL O CLÍNICA.- Es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.- Se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado ocasionada por un accidente amparado por la presente póliza, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidan desempeñar cualquier actividad o empleo remunerado, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de un (1) año y

no haya sido provocada por el asegurado.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.- Se entiende por incapacidad permanente parcial si a consecuencia de un accidente cubierto el Asegurado pierde de forma permanente entre el 20% y el 50% de su capacidad laboral.

INCAPACIDAD TEMPORAL.- Se entiende por incapacidad temporal si a consecuencia de un accidente que se manifestare dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del accidente, cuando la póliza está vigencia, el Asegurado es incapacitado por parte del Ministerio de Trabajo o el organismo que haga sus veces, en un tiempo superior a tres (3) días para ser objeto de pago, y debe estar certificado por el médico especialista legalmente registrado y calificado.

ARTÍCULO QUINTO: VIGENCIA

Esta Póliza entra en vigencia en la fecha y hora de inicio señaladas en las Condiciones Particulares, siempre que hayan sido aceptadas expresamente por las Partes; y, terminará en la fecha y hora indicadas en dichas Condiciones Particulares; pudiendo renovarla de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

En caso de no señalarse la hora, se reputará que inicia y/o termina a las 12h00 (doce del meridiano).

ARTÍCULO SEXTO: ELEGIBILIDAD

Podrán ser Asegurados personas con edad mínima de dieciocho (18) años y tendrán derecho a mantener su cobertura individual hasta la edad de sesenta (60) años a menos que la Compañía haya consentido previamente y por escrito, la prórroga de la póliza a partir de este límite de edad.

ARTICULO SÉPTIMO: EDAD DEL ASEGURADO

La Póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República del Ecuador con una edad mínima de dieciocho (18) años y tendrá derecho a mantener su cobertura hasta la edad de sesenta (60) años a menos que la Compañía haya consentido previamente por escrito, la prórroga de la póliza a partir de este límite de edad.

ARTÍCULO OCTAVO: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El monto asegurado será pagado al fallecimiento del Asegurado, a la persona o personas designadas por él como su (s) beneficiario (s), en las proporciones también por él determinadas.

En caso de no haber tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legítimos o testamentarios.

Si fueren dos o más los beneficiarios designados y no se hubiere establecido proporción en la solicitud o en la Póliza, el importe del seguro se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuere el vínculo que ligare a los beneficiarios con el Asegurado. El beneficiario que hubiere provocado la muerte del Asegurado por delito o culpa grave, pierde todo derecho a la indemnización.

Si se designa más de un beneficiario sin determinar los porcentajes de los mismos, se entenderá que cada uno de ellos tendrá una participación igual.

Si cualquier beneficiario fallece antes que el Asegurado, el interés de dicho beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de los beneficiarios restantes, salvo que el Asegurado haya designado un nuevo beneficiario, reemplazando a aquel que hubiere fallecido.

Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero,

tendrán derecho al seguro el cónyuge y los herederos del asegurado, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

Si no hubiere beneficiario designado, lo que corresponda se pagará a los herederos legales del Asegurado.

El beneficiario a título gratuito carece durante la vida del asegurado, de un derecho propio en el seguro de vida contratado a su favor. Ese derecho lo tiene solo el beneficiario a título oneroso, pero no puede disponer de él sin consentimiento escrito del asegurado.

Con la muerte del asegurado nace o se consolida, según el caso, el derecho del beneficiario.

ARTÍCULO NOVENO: CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado puede en cualquier momento, cambiar de beneficiarios, mediante aviso escrito a través del Solicitante.

Son derechos personales e intransmisibles del asegurado los de hacer y revocar la designación de beneficiario.

El asegurado no puede revocar la designación de beneficiario a título oneroso mientras subsista el interés que la legitima, a menos que dicho beneficiario consienta expresamente en la revocación.

ARTÍCULO DÉCIMO: SUMA ASEGURADA

La suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de esta Póliza, representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad; por lo tanto, en ningún caso se le podrá hacer reclamación por una suma superior.

De no expresarse suma asegurada para algún amparo, en las condiciones particulares de esta Póliza, se entenderá que la Compañía no otorgó tal amparo.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

El Solicitante o Asegurado están obligados a declarar objetivamente los hechos o circunstancias conocidos que determinen el estado del riesgo, mediante el formulario de solicitud de seguro que forma parte integrante de esta póliza, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro.

Toda declaración falsa, inexacta u omisión hecha a la Compañía, relativa a los asegurados por la presente póliza, toda reticencia o disimulación de cualquier circunstancia que, conocido por la Compañía le hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Conocida la existencia de vicios en la declaración del solicitante en materia del riesgo o el encubrimiento de circunstancias que le agraven, la Compañía tiene derecho a iniciar las acciones pertinentes bien para dar por terminado el contrato de seguro o, bien para pedir su declaratoria de nulidad.

Si el asegurador, antes de perfeccionarse el contrato, conocía o debía haber conocido las circunstancias encubiertas, o si después las acepta, la nulidad de que trata este artículo se entiende como saneada.

En caso de que el contrato se rescinda por declaración falsa, inexacta u omisión hecha la Compañía, esta última tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, para lo cual deberá notificar al Solicitante o Asegurado.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurado debe diligenciar el formulario de solicitud de seguro previamente a la contratación del seguro otorgado por la Compañía.

Dicho formulario de solicitud de seguro incluirá el campo para que el Asegurado pueda designar voluntariamente a sus beneficiarios.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: MODIFICACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado o Solicitante, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo, en tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la Compañía los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o modificación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de modificación o agravación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Asegurado o del Solicitante. Si le es extraña, dentro de los cinco (5) días, siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella.

En ambos casos, la Compañía tiene derecho de dar por terminado el contrato de modificación si es producto de mala fe, dolo o fraude, o a exigir un ajuste de la prima en caso de que no sea producto de mala fe, dolo o fraude.

La falta de notificación da derecho a la Compañía a la terminación del contrato y le dará derecho a para retener la prima devengada, por concepto de pena, excepto si la Compañía conoció oportunamente la modificación del riesgo y la consintió expresamente por escrito.

No es aplicable la terminación ni la sanción de que trata el inciso anterior si el asegurador conoce oportunamente la modificación del riesgo y, consiente en ella expresamente por escrito.

Se consideran agravaciones o modificaciones, las que provengan entre otras de las siguientes:

- a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
- b) Modificación de la profesión o actividad declarada en la solicitud.
- c) Fijación de residencia fuera del país.

En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, por el tiempo no corrido del seguro siempre y cuando se haya notificado el hecho de manera oportuna conforme lo dispuesto en este Código.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: PAGO DE PRIMAS

Las primas son pagaderas en el plazo de treinta (30) días contados desde el perfeccionamiento del contrato, contra recibo oficial de la Compañía, cancelado por la persona autorizada para la cobranza. A falta de corresponsales banqueros, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía.

Es obligación del solicitante pagar la prima, pero la Compañía podrá exigir su pago al Asegurado o al Beneficiario, en caso de incumplimiento del solicitante.

En caso de que la Compañía aceptare dar financiamiento de pago al cliente para pagar la prima dentro de la vigencia de la póliza, es obligación del Asegurado pagar las cuotas en los tiempos estipulados por la Compañía. La mora del Asegurado deja sin efecto cualquier financiamiento de pago pactado entre las partes.

En caso que el Asegurado estuviera en mora, tendrá derecho a cobertura por treinta (30) días más a partir de la fecha en que debió realizar el último pago, una vez terminado este plazo se suspenderá la cobertura por el tiempo que permanezca en mora. La Compañía hará conocer al Asegurado o Beneficiario sobre este hecho por cualquier medio.

En el caso de que el Asegurado estuviera en mora por sesenta y un (61) días contados desde la fecha en que debió realizarse el último pago, el contrato terminará de forma automática. La Compañía hará conocer al Asegurado o Beneficiario sobre este hecho por cualquier medio.

El Asegurado tiene derecho a solicitar la rehabilitación de su póliza a la Compañía, siempre que presente notificación por escrito, a través de cualquier medio electrónico, pague la totalidad de la prima y confirme la no existencia de un siniestro en curso.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando este se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega del cheque.

La entrega de pagarés a la orden o letras de cambio para instrumentar la obligación de pago a plazo de la prima en caso de acordarse así, no conlleva duplicidad de dicha obligación, misma que se reputará pagada en su totalidad.

La declaratoria de terminación del contrato, la Compañía no pierde su derecho para exigir el pago de la prima devengada, así como los gastos ocasionados con ocasión de la expedición del contrato.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: RENOVACIÓN

Este contrato podrá renovarse por voluntad de las partes, por períodos consecutivos anuales, mediante el pago de la prima de renovación correspondiente por parte del Asegurado, de acuerdo a las condiciones y costos establecidos por la Compañía, para lo cual la póliza, así como sus modificaciones, deberán ser suscritas por parte de los contratantes.

Las renovaciones requerirán de la aceptación previa y expresa del asegurado y contendrán, además, el término de ampliación de vigencia del contrato.

La póliza de seguros y sus modificaciones o renovaciones deberán ser formalizadas por escrito o a través de cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico, reconocidos por nuestra legislación.

La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado sobre el vencimiento de esta Póliza y se reserva el derecho de renovar o no la misma.

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: SEGURO EN OTRAS COMPAÑÍAS

Cuando existan varias pólizas sobre el mismo riesgo con diversas Compañías, contratadas antes o después de la fecha de inicio de vigencia de la misma, el Asegurado está obligado a declararlo por escrito a la Compañía y a hacerlo mencionar en el cuerpo de esta Póliza o adicionar a la misma. En caso de siniestro la Compañía solo será responsable por la parte proporcional del total Asegurado.

Si el Asegurado o Beneficiario hubiera omitido intencionalmente este aviso, el Asegurado queda privado de todo derecho a indemnización.

En el caso de coexistencia de seguros, la cuota correspondiente a un seguro ineficaz por liquidación forzosa del asegurador, será soportada por los demás aseguradores en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe.

La buena fe se presumirá si el asegurado ha dado aviso escrito a cada asegurador de los seguros coexistentes.

ARTÍCULO DÉCIMO SÉPTIMO: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

El contrato de seguro podrá ser terminado unilateralmente por el Asegurado mediante una notificación por escrito o a través de medios electrónicos reconocidos por nuestra legislación a la Compañía; la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima a prorrata, desde la fecha de notificación de la solicitud del Asegurado.

Por su parte, la Compañía podrá también dar por terminada la Póliza solo en los casos previstos en el Código de Comercio y en caso de liquidación. Cuando la Compañía dé por terminado el contrato deberá especificar la fecha de terminación del mismo, a través de comunicación por escrito o a través de medios electrónicos reconocidos por nuestra legislación.

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Solicitante o Asegurado deberá dar aviso a la Compañía dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiere tenido conocimiento de la ocurrencia del mismo. Este término puede ampliarse en Condiciones Particulares.

El asegurado o beneficiario podrá siempre justificar su imposibilidad física por fuerza mayor o caso fortuito, de dar aviso oportuno del siniestro con el fin de no perder su derecho a reclamar la indemnización.

ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE SINIESTRO

Al tener conocimiento de una pérdida producida por alguno de los riesgos amparados por esta Póliza, el Asegurado tendrá la obligación de:

Dar aviso de la ocurrencia del siniestro a la Compañía o a su representante legal autorizado, dentro del plazo previsto, dicha declaración del accidente se hará en formularios proporcionados por la Compañía, en los que se indicará el lugar, día, hora, fecha, circunstancias del accidente, nombres de los testigos.

El Asegurado o sus derechohabientes se obligan a facilitar a la Compañía, los antecedentes exactos acerca de todas las circunstancias que han provocado el accidente. Se obliga, asimismo, el Asegurado a cumplir las disposiciones dictadas por la Compañía con el objeto de activar la curación.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones consignadas en este artículo, harán perder al Asegurado o Beneficiario, todo derecho a la reclamación, en los términos consagrados en la legislación sobre el contrato de seguros y las leyes relacionadas con la materia.

Incumbe al asegurado probar que el siniestro ha ocurrido, el cual se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario. Asimismo, incumbe al asegurado comprobar la cuantía de la indemnización a cargo del asegurador. Al asegurador le incumbe en ambos casos la carga de probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

ARTÍCULO VIGÉSIMO.- DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

La formalización de la reclamación se entenderá realizada cuando el Asegurado dé aviso de siniestro y entregue todos los documentos que se detallan a continuación:

Muerte accidental:

1. Formulario de Aviso de Siniestro de Accidentes Personales
2. Partida de Nacimiento (original o copia certificada)
3. Cédula de identidad o ciudadanía (copia)
4. Cédulas de beneficiarios legales (copia)
5. Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada)
5. Parte policial (copia certificada)
6. Partida de defunción (original o copia certificada)
7. Historia clínica completa (copia certificada)
8. Informe de Alcoholemia y pruebas toxicológicas
9. Protocolo de autopsia (copia certificada)
10. Posesión efectiva de bienes, de no contar con tarjeta de enrolamiento (original o copia certificada).

Incapacidad y Desmembración por Accidente:

1. Formulario de accidentes personales
2. Cédula de identidad o ciudadanía (copia)
3. Radiografías
4. Historia clínica (copia certificada)
5. Informe del médico tratante (original o copia certificada)
6. Certificado de calificación de incapacidad y carné emitido por la autoridad competente.

Gastos Médicos:

1. Formulario de accidentes personales
2. Historia clínica (copia)
3. Facturas de gastos incurridos (original)
4. Recetas médicas (original)
5. Radiografías y resultados de estudios.

Renta diaria por Hospitalización por accidente

1. Formulario de accidentes personales
2. Certificación de dónde fue hospitalizado o intervenido quirúrgicamente, donde conste el número de días de hospitalización, con fecha de ingreso y de salida del hospital o clínica y diagnóstico médico (original).
3. Certificación de afiliación de IESS.
3. Historia clínica (copia)
4. Cédula de identidad o ciudadanía (copia)

Incapacidad Total Temporal:

Informe del Médico tratante legalmente avalado emitida por la Entidad Competente.

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado cuando y tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza y de efectuar autopsia en caso de muerte, cuando no fuere prohibido por la ley.

ARTÍCULO VIGÉSIMO PRIMERO: DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTROS.-

En virtud del pago de la indemnización, la Compañía se subroga hasta el monto de su importe en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del siniestro. El Asegurado no podrá renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro en perjuicio de la Compañía. Tal renuncia le acarreará la pérdida del derecho a la indemnización.

A petición de la Compañía, el Asegurado deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos de subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarree a la Compañía su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta proviene de su mala fe perderá el derecho a la indemnización. La Compañía no puede ejercer la acción subrogatoria en los casos contemplados en la Ley.

ARTÍCULO VIGÉSIMO SEGUNDO: PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El presente contrato de seguro no tendrá efecto y el Asegurado perderá derecho a ser indemnizado en los siguientes casos:

- La mala fe, dolo o fraude del Asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago del importe de determinado siniestro o cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta; la carga de la prueba, en caso de alegarse mala fe, dolo o fraude del asegurado, corresponde a la Compañía y solo podrá ser declarada por el juez competente.
- La omisión no justificada de la obligación de notificar a la Aseguradora o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro.
- Si el siniestro ha sido causado intencionalmente por el solicitante, Asegurado o Beneficiario, o sus representantes legales, administradores o dependientes, o en su complicidad.
- Falta de pago de la prima de seguro por parte del Solicitante o Asegurado según lo establecido en las condiciones generales y particulares de la presente póliza o anexos.
- Si el seguro ha sido contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro.
- Si el Asegurado o Beneficiario renuncia a sus derechos contra las personas responsables del siniestro,
- Cuando al dar la noticia del siniestro omita informar los seguros coexistentes, sobre los mismos intereses Asegurados.

ARTÍCULO VIGÉSIMO TERCERO: LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La Compañía de seguros indemnizará al asegurado o beneficiario en moneda local, pudiendo realizarse el pago en cheque, transferencia o por medios de pago electrónicos.

ARTÍCULO VIGÉSIMO CUARTO: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Recibida la notificación de la ocurrencia, la Compañía tramitará el caso una vez que el Asegurado o Beneficiario formalice su solicitud presentando todos los documentos previstos en la póliza y pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía del daño sufridos.

De ser necesario, la Compañía podrá contar con un ajuste a cargo de un perito ajustador debidamente autorizado y con credencial emitida por la autoridad competente.

Una vez concluido el análisis, la Compañía podrá aceptar o negar la cobertura motivando su decisión, de conformidad con la ley, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. A falta de respuesta en este lapso, se entenderá aceptada.

El asegurador deberá proceder al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación.

La Compañía no estará obligada a pagar en ningún caso intereses, daños y/o perjuicios por los valores que adeude al Asegurado, como resultado de un siniestro, cuyo pago fuere diferido con motivo de cualquier acción judicial entre el Asegurado y la Compañía o con motivo de retención, embargo o cualquier otra medida precautelaría solicitada por terceros y ordenada por autoridad competente.

Las medidas tomadas por la Compañía con el objeto de inspeccionar, disminuir o evitar pérdidas o daños, o de preservar o reforzar cualquier derecho de recuperación no constituye una admisión de responsabilidad.

ARTICULO VIGÉSIMO QUINTO: ARBITRAJE.-

Las partes acuerdan que toda o cualquier controversia relativa a esta Póliza, a su ejecución, liquidación e interpretación, será resuelta mediante un proceso de mediación con la asistencia de un mediador de cualquier Centro de Mediación del domicilio de la Compañía.

En el evento de que el conflicto no fuere resuelto totalmente mediante el procedimiento de mediación, las partes lo someten a la resolución de un Tribunal de Arbitraje de un Centro de Arbitraje de una Cámara de Comercio del domicilio de la Compañía, que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación, al Reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación escogido, y, a las siguientes normativas y preceptos:

- El Tribunal estará integrado por tres árbitros, para este efecto cada parte designará un árbitro, y el tercero deberá ser designado por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio escogida de conformidad a lo establecido en la Ley de Arbitraje y Mediación.
- El Tribunal decidirá en derecho.
- Para la ejecución de medidas cautelares, el Tribunal Arbitral estará facultado para solicitar de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos su cumplimiento, sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno.
- El procedimiento arbitral será confidencial.
- El lugar de arbitraje serán las instalaciones del Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio escogido.

ARTÍCULO VIGÉSIMO SEXTO: NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para efectos de la presente Póliza deberá efectuarse por escrito, al Asegurado a la última dirección registrada en los datos de esta Póliza y a la Compañía en su domicilio principal.

De igual forma será válida cualquier otra notificación que hagan las partes por cualquier medio idóneo reconocido por la Ley.

ARTÍCULO VIGESIMO SÉPTIMO: JURISDICCION

Cualquier litigio o controversia que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado con motivo de la presente Póliza queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana.

Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado.

ARTÍCULO VIGÉSIMO OCTAVO: PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en tres (3) años a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el Asegurado o Beneficiario demuestre no haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que se tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco (5) años desde ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO VIGÉSIMO PRIMERO: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En caso de conflictos para ejercer sus derechos cualquiera de las partes podrá acudir a uno de los siguientes procedimientos:

- Al proceso Mediación y Arbitraje de conformidad lo que establecido en el Cláusula “Arbitraje” de este documento; o
- Reclamo Administrativo de conformidad con lo establecido en el Código Orgánico Monetario y Financiero, a la ley General de Seguros y a la legislación aplicable; o
- A los jueces competentes de la ciudad de Quito de conformidad con la Ley.

ARTÍCULO TRIGÉSIMO: ACUMULACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente, por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, la Compañía deducirá de la suma asegurada a pagar por Muerte Accidental, la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

La indemnización por incapacidad temporal se pagará sin perjuicio de la que se deba en caso de muerte o invalidez permanente. La indemnización por incapacidad temporal cesa, sin embargo, en el momento que se haya declarado debidamente invalidez permanente. Lo dicho para el caso de incapacidad temporal, vale también para el reembolso de gastos médicos.

ARTÍCULO TRIGÉSIMO PRIMERO: REDUCCIÓN DEL SEGURO

El pago efectuado por la Compañía por concepto de invalidez permanente parcial y gastos médicos, disminuirá en la misma suma, el valor asegurado para efectos de la liquidación de nuevos accidentes de estas coberturas. La diferencia entre la suma principal y las indemnizaciones pagadas será para el resto del período anual del seguro, la suma principal asegurada.

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente póliza el número de registro No. SCVS-3-4-CG-2-242004419-29052020 de 29 de mayo de 2020.