

## SEGURO DE VIDA EN GRUPO CONDICIONES GENERALES

### CLAUSULA PRIMERA.- DEFINICIONES.

**SOLICITANTE:** Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza y con quién se celebra el Contrato de Seguros.

**GRUPO ASEGURABLE:** Es el constituido por el conjunto de personas naturales, agrupados bajo una persona jurídica o que tienen con una tercera, natural o jurídica, (SOLICITANTE) relaciones estables.

**GRUPO ASEGURADO:** Son las personas que perteneciendo al Grupo Asegurable, son Asegurados bajo esta Póliza y consignadas en la misma. y/ o certificados individuales de Seguro.

**ASEGURADOS:** Son las personas naturales, pertenecientes al GRUPO ASEGURADO.

**BENEFICIARIO:** Adquieren la Condición de BENEFICIARIO la (s) persona (s) libremente designadas por el ASEGURADO y consignadas en los certificados individuales de Seguro.

**VIGENCIA:** Es el tiempo durante el cual queda cubierta la vida de los ASEGURADOS y consignada en la presente póliza.

### CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO.

Con sujeción a las Condiciones Generales de esta Póliza, a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el SOLICITANTE y solicitudes individuales presentadas por los ASEGURADOS y al pago de la prima estipulada en la presente Póliza la Compañía se obliga a pagar al o (los) BENEFICIARIO (s) el VALOR ASEGURADO descrito en la misma, a la muerte de cualquier ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO individual puede ser fijado libremente por el SOLICITANTE y debe ser aceptado y consignado por la Compañía en la póliza y/ o en los Certificados Individuales de Seguro.

### CLAUSULA TERCERA.- RIESGO ASEGURADO.

En concordancia con la CLAUSULA CUARTA, esta Póliza ampara al riesgo de muerte, de cualquiera de los ASEGURADOS, cualquiera sea su causa.

### CLAUSULA CUARTA.- LIMITACIÓN.

Esta póliza no cubre la muerte del Asegurado provocada intencionalmente por él, ni suicidio voluntario o involuntario ocurrido durante los dos primeros años de vigencia de esta póliza.

#### **CLAUSULA QUINTA.- PRIMAS.**

Cualquiera que sea la VIGENCIA contratada, la PRIMA será consignada en la tarifa Oficial aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE BANCOS y será pagadera a contado y por anticipado contra el Recibo oficial de la Compañía. Excepto para la prima de la primera VIGENCIA, la Compañía concede al SOLICITANTE o ASEGURADO un plazo de gracia de TREINTA (30) días sin recargo de intereses para el pago de la prima, si durante el plazo de gracia llegarán a existir siniestros amparados por la presente póliza, la Compañía pagará el valor de la indemnización correspondiente. Previa cancelación por parte del solicitante o Asegurado del valor de las primas pendientes, si las primas no fueren pagadas durante el tiempo de gracia, la Póliza caducara automáticamente y la Compañía quedará libre de cualquier responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración del plazo de gracia. Al caducar la póliza por falta de pago de las primas, el SOLICITANTE o ASEGURADO, quedarán comprometidos a pagar el valor de la Prima correspondiente al plazo de gracia.

#### **CLAUSULA SEXTA.- SINIESTROS.**

A la muerte de cualquier ASEGURADO el SOLICITANTE y/ o el BENEFICIARIO están obligados a dar aviso del SINIESTRO a la Compañía, dentro de los quince (15) días siguientes en que han conocido o debido conocer su ocurrencia, adjuntando los siguientes documentos:

- Declaración escrita de las circunstancias que rodearon el SINIESTRO, conteniendo además la fecha de ocurrencia, nombre, edad y domicilio del ASEGURADO SINIESTRADO.
- Un certificado médico de la persona que prestó los primeros auxilios o el tratamiento médico al ASEGURADO SINIESTRADO, expresando las causas de la muerte.
- La partida de nacimiento, cédula de identidad, partida de defunción, certificado de inhumación y sepultura, y cuando sea necesario, el certificado de la autopsia y el protocolo del levantamiento del cadáver.

#### **CLAUSULA SÉPTIMA.- TERMINACIÓN DEL SEGURO.**

El seguro termina por las siguientes causas: Ya sea Colectiva o individualmente: a la fecha de terminación de la VIGENCIA si por falta de pago de la prima no se renueva de acuerdo a lo consignado en la CLAUSULA QUINTA.

Individualmente: Si el ASEGURADO deja de pertenecer al GRUPO ASEGURABLE.

#### **CLAUSULA OCTAVA.- INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.**

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la declaración contenida en la solicitud de seguro, se aplicara el siguiente procedimiento:

- No se anula el seguro a menos que la verdadera edad del ASEGURADO a la fecha de emitirse la póliza, estuviese fuera de los límites previstos por la Compañía.
- Si la verdadera edad fuese mayor a la declarada, el valor de las indemnizaciones se reduce proporcionalmente con la prima pagada.
- Si la verdadera edad fuese menor a la declarada, la Compañía devolverá al solicitante, la diferencia entre las primas correspondiente a las dos edades, por el tiempo que falta hasta el siguiente vencimiento de esta póliza.

#### **CLAUSULA NOVENA.- RENOVACIÓN.**

La presente póliza es renovable a voluntad del Solicitante, si este con antelación no menor de treinta (30) días a la fecha del vencimiento no manifestase lo contrario, el Seguro se entenderá renovado por un periodo igual al pactado anteriormente.

#### **CLAUSULA DECIMA.- LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES.**

Para todos los efectos de esta póliza se aplicarán las disposiciones contenidas en el Título XVII, Capítulo 1 del Código de Comercio y en especial las del Capítulo III, siendo aplicables también las normas pertinentes a lo dispuesto en el artículo 57 del mismo Código.

#### **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- PRESCRIPCIÓN.**

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta póliza, prescriben en dos años a partir del acontecimiento que dio origen.

Para el Tercer Beneficiario de la Póliza, el plazo se computa desde que éste conoce la existencia del Beneficio, pero con un límite Máximo de dos años desde la ocurrencia del siniestro.

#### **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- JURISDICCIÓN.**

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el ASEGURADO, con motivo del presente Contrato de Seguro, queda sometido a la jurisdicción Ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser presentadas en el domicilio de esta; las acciones contra el SOLICITANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en domicilio del demandado.

#### **CLAUSULA DECIMA TERCERA.- NOTIFICACIONES.**

Cualquier declaración que haya de notificarse a la Compañía para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá efectuarse por escrito.

Toda comunicación que la Compañía tenga que pasar al SOLICITANTE y/o ASEGURADO deberá también hacerse por escrito a la última dirección conocida por ella.

#### **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- DOMICILIO.**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales señala como domicilio de la Compañía la ciudad de Guayaquil, República del Ecuador.

**APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS  
RESOLUCIÓN No. 87-432-S DEL 8 DE DICIEMBRE DE 1987.**

#### **CLAUSULA DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTES**

**POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y LA ENTIDAD ASEGURADA Y/ O EL ASEGURADO, ESTA CLAUSULA FORMA PARTE DE LA POLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS ESTIPULACIONES LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

1. - El beneficio según el presente Anexo es aplicable si, debido a un accidente ocurrido mientras la póliza está en vigor, el Asegurado llegase a sufrir la pérdida de los miembros detallados en la cláusula segunda, siempre y cuando el accidente que genera la desmembración, y la desmembración propiamente dicha, ocurra estando la póliza vigente. El Asegurado tiene que avisar a la Compañía el accidente y la desmembración dentro de los quince días siguientes a sus ocurrencias.
2. - Comprobada la desmembración de acuerdo a la cláusula anterior, la Compañía pagará la indemnización estipulada en la póliza de acuerdo a los siguientes porcentajes:

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojo	100%
Una mano y un pie	100%
De la audición total	75%
De la audición de un	
Solo oído	30%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Cualquier dedo de la mano	20%
Cualquier dedo del pie	20%

Si sufre más de una pérdida como resultado de un mismo accidente, la cantidad total a pagarse no podrá exceder el 100%

Si sobreviene la muerte después de haberse pagado cualesquiera de las indemnizaciones antes mencionada, dicha suma se considerará como parte de la indemnización por pérdida de la vida y la Compañía solo estará obligada a completar la diferencia existente hasta cubrir el 100% del monto asegurado.

3. - Las liquidaciones que se efectúen en virtud de este Anexo reducen automáticamente el capital Asegurado en la póliza base, dejando sin efecto ni valor alguno, la parte del capital de la Póliza Base que ya se indemnizó.

4. - No habrá derecho al pago previsto en la cláusula segunda de este Anexo cuando la desmembración es consecuencia de: La voluntad del Asegurado o por su propia culpa, tentativa de suicidio, vuelos de exhibición, fumigación de sembrados, propaganda de anuncios comerciales y/ o acrobacia, explotación de minas, trabajos subterráneos o submarinos, acrobacia, tripulación de buques.

5. - Si se abonaren una o más primas correspondientes a este anexo, después de terminada la vigencia del mismo, esto no causará prórroga de su cobertura sino solo dará derecho de reintegro de las primas abonadas indebidamente a la Compañía.

**APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS  
RESOLUCIÓN N.- 89-090-S DEL 06 DE ABRIL DE 1989**

## **SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA CONDICIONES GENERALES**

Está póliza ampara a los asegurados entre los 18 y 70 años de edad y a sus dependientes contra los riesgos de enfermedad o accidente, las 24 horas del día, los 365 días del año en cualquier parte del mundo y cualesquiera sean los Centros de Atención Hospitalaria y los Profesionales utilizados.

### **BENEFICIOS**

De acuerdo al plan de beneficios, detallado en Condiciones Particulares.

### **DEFINICIONES**

#### **ASEGURADOR:**

Es MEMORIAS SERVICIOS DEL ECUADOR MEMOSER COMPAÑÍA DE SEGUROS, legalmente constituida y autorizada para operar en el Ramo de Asistencia

Médica en la República del Ecuador, la cual asume los riesgos especificados en este Contrato de Seguro, y que para todos los efectos se denominará la Compañía.

**SOLICITANTE:**

Es la persona Natural o Jurídica que celebra el Contrato de Seguro, sea obrando por cuenta propia, o por la de un tercero interesados en trasladar los riesgos a la Compañía.

**ASEGURADO TITULAR:**

Es la persona natural que, perteneciendo al grupo asegurado, es elegible para la cobertura otorgada por la póliza y no es catalogado como familiar o dependiente.

**DEPENDIENTES:**

Son DEPENDIENTES única y exclusivamente el o la cónyuge o conviviente permanente legalmente registrada (o), los hijos, hijastros e hijos legalmente adoptados desde el momento de su nacimiento y/ o adopción hasta el cumplimiento de los 18 años de edad o hasta el último día del mes en que cumpla los 23 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes, dependientes económicamente del Asegurado Principal y se encuentren registrados en la póliza.

**ENFERMEDAD O INCAPACIDAD:**

Es la alteración de la salud que se manifieste a través de síntomas y se diagnostique por un médico, durante la vigencia de la póliza.

**ACCIDENTE:**

Es el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado que le produzcan lesiones corporales visibles e internas inmediatamente comprobables.

**ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:**

Es la enfermedad cuya existencia es anterior o precedente a la vigencia de la póliza.

**ENFERMEDAD CONGENITA:**

Es la enfermedad, anomalía o malformación presente al nacer, pudiendo ser hereditaria, adquirida en útero, existentes antes o desde el nacimiento, aunque no necesariamente descubierta en ese momento.

**PROFESIONALES DE LA SALUD:**

Son las personas naturales que cumpliendo los requisitos legales, están autorizadas para el ejercicio de la profesión en área clínica, quirúrgica o paramédica.

**HOSPITALIZACION:**

Es la permanencia del Asegurado en un hospital o clínica por enfermedad o accidente, siempre que cause pensión hospitalaria o uso del hospital del día, sala de cirugía o anestesia.

**UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:**

Es la modalidad de atención hospitalaria o clínica, la cual debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos: atención personalizada, monitoreo, equipos de resucitación, respiradores, servicios médicos y de enfermería permanente.

**ATENCIÓN AMBULATORIA:**

Es la atención médica que no requiere hospitalización proporcionada por un médico legalmente autorizado.

Abarca honorarios, medicinas recetadas, exámenes de laboratorio, rayos x, de acuerdo al plan contratado.

**SUMA MÁXIMA POR INCAPACIDAD:**

Este monto se refiere al límite máximo de cobertura a que tiene derecho por cada incapacidad ( enfermedad o accidente) el Titular y cada uno de sus dependientes asegurados dentro y/ o fuera del hospital.

**MÁXIMO DE CUARTO Y ALIMENTO DIARIO:**

Es el beneficio máximo diario por cada incapacidad, indemnizable por la Compañía al porcentaje (%) que se establezca, hasta por 30 días, por concepto de hospitalización y/ o cirugía. Este beneficio es independiente del límite máximo por incapacidad y del límite de coaseguro.

**DEDUCIBLE:**

Es la cantidad que dentro de los gastos médicos cubiertos, corren de cuenta del Asegurado.

**LIMITE DE COASEGURO:**

Los gastos médicos incurridos a consecuencia de enfermedad o accidente, la Compañía reembolsará al 80% hasta el límite contratado. De allí en adelante el exceso de este límite en una misma incapacidad correrá de cuenta del Asegurado.

Si existiere límite de coaseguro, la Compañía reembolsará al 80% hasta el límite de coaseguro contratado. De allí en adelante el exceso de este límite en una misma incapacidad, la Compañía reembolsará al 100% hasta el máximo por incapacidad contratado.

**REEMBOLSO:**

Es el valor que se obtiene como resultado de aplicar la liquidación de los gastos presentados por el Asegurado debidamente justificados para el tratamiento de una enfermedad y/ o accidente aplicando el plan de beneficios contratado.

El plazo para el reembolso de los siniestros será acordado por las partes. Este correrá luego de que el Asegurado haya presentado en la Compañía la documentación contractualmente requerida.

**HOSPITAL-CLINICA:**

Establecimiento que reúne todos los requisitos técnicos para prestar atención a los enfermos, debidamente reconocido, autorizado y registrado de acuerdo con las disposiciones legales.

**PERIODO DE INCAPACIDAD:**

Este término se refiere a todos los períodos durante los cuales el asegurado se encuentra incapacitado debido a accidente o enfermedad y durante cada uno de tales períodos tiene derecho a los beneficios máximos indicados. El período de incapacidad comenzará a partir de la fecha en que se incurrió en el primero de los gastos cubiertos y terminará en las primeras de las fechas siguientes:

1. - Un año a partir del comienzo del período de incapacidad.
2. - Al término del número de días indicados en el plan de Asistencia Médica.

Cuando se incurra en gastos cubiertos en dos o más fechas diferentes debido a un mismo accidente o enfermedad o causas relacionadas, dichos gastos serán considerados dentro de un mismo período de incapacidad.

Cuando se incurra en gastos cubiertos en dos o mas fechas diferentes debido a distintas causas, dichos gastos serán considerados dentro de diferentes períodos de incapacidad.

**ELEGIBILIDAD:**

Son elegibles bajo la cobertura de Asistencia médica todos los asegurados que estén agrupados bajo una misma personería jurídica o que tengan con una tercera, Natural o Jurídica, relaciones estables de cualquier tipo, laboren y sean activos y permanentes y que consten en los registros de la póliza.

**VIGENCIA:**

Es plazo que las partes acuerden para la cobertura de la póliza. Si se trata de pólizas cuya vigencia es mayor a un año, al aniversario automáticamente se restituye el plan de beneficios contratado, en todas sus partes.

**COBERTURA:**

Gastos Cubiertos.- pueden ser incurridos durante una internación en un hospital y/o como tratamiento ambulatorio.

Cubre todos los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por el Titular y/o sus Dependientes Asegurados dentro o fuera de cualquier establecimiento clínico u hospitalario legalmente registrado y autorizado, ordenados por médicos graduados legalmente autorizados para practicar la medicina, incluyendo sus honorarios dentro y fuera del país, como consecuencia de accidente o enfermedad.

Todo esto de acuerdo al plan detallado anteriormente, con excepción de aquellos gastos incurridos por las causas o condiciones indicadas en las Exclusiones.



Para efectos de esta póliza, por gastos necesarios, razonables y acostumbrados, se entenderán aquellos costos médicos que no excedan el nivel de cargos hechos por otros de carácter similar, en establecimientos clínicos u hospitalarios de la localidad donde esté funciona, causa de enfermedad determinada mediante diagnóstico médico o accidente que requiera tratamiento y/ o procedimiento médico preciso, forzoso e inevitable.

#### **EMERGENCIA POR ACCIDENTE:**

Son las erogaciones que al 100% indemnizará la Compañía hasta el límite establecido en la póliza, para cubrir los gastos médicos ambulatorios a consecuencia de accidente, incurridos en las 24 horas inmediatamente siguientes al momento del mismo. El exceso la Compañía reembolsará de acuerdo al Plan de Asistencia Médica.

#### **EXCLUSIONES DE LA POLIZA:-**

- 1 Lesiones intencionalmente causadas a sí mismo.
- 2 Accidentes y/ o Enfermedades por afición o uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a locura, estados de demencia incluso los resultantes por intento de suicidio.
- 3 Enfermedades mentales, nerviosas y stress; tratamientos de desórdenes mentales, siquiátricas y psicológicos; terapias de lenguaje y ocupacionales a consecuencia de trastornos sicomotores.
- 4 Curas de reposo y gastos que se incurran en un sanatorio.
- 5 Período de cuarentena y/ o cuidados sanitarios por enfermedades contagiosas fruto de epidemias declaradas por las autoridades de salud.
- 6 Cualquier condición relacionada con el SIDA
- 7 Cirugía Plástica o cosmética a excepción de cirugía reconstructiva necesaria como consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza, debidamente comprobada.
- 8 Enfermedad pre-existente y/ o congénita.
- 9 Chequeos médicos y/ o exámenes y controles de generales de salud.
- 10 Lesiones o enfermedades a consecuencia directa o indirecta de guerra, sea está declarada o no, revolución, conmoción civil, servicio militar en época de paz o guerra, energía atómica o catástrofes.
- 11 Lesiones o enfermedades directamente ocasionadas por la participación en motín o huelga o acto delictuoso.
- 12 Exámenes dentales, extracciones, calzas y todos los tratamientos dentales en general, costo de prótesis dentales, excepto por accidente.
- 13 Honorarios del Optometrista, suministro y reposición de anteojos y lentes de contacto.
- 14 Defectos de Refracción visual.
- 15 Procedimientos o tratamientos homeopáticos, bioenergéticos, acupuntura, terapia neural, celular y similares.
- 16 Medicina preventiva, regímenes dietéticos con fines estéticos y tratamientos y/ o cirugías de fertilización y/ o esterilización.

17 Suministro de audífonos, muletas, aparatos ortopédicos y prótesis, así como su adaptación y/ o reposición.

**PERIODO DE CARENANCIA:**

La presente póliza tendrá limitaciones en cuanto a los beneficios, según el PERIODO DE CARENANCIA que se estipule.

Se entenderá por periodo de carencia , al tiempo durante el cual el asegurado titular y sus dependientes o tendrán cobertura total o parcial.

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:**

Cuando un asegurado titular tenga dos o más seguros sobre los mismos riesgos cubiertos por esta póliza, deberá declararlo a la presentación de las reclamaciones.

En este caso, la Compañía liquidará los siniestros y efectuará los reembolsos respectivos en proporción a la cuantía de cada uno de los contratos. La inobservancia de esta obligación acarreará la pérdida del derecho al reembolso.

**MATERNIDAD:**

Bajo esta cobertura, independiente de cualquier otro beneficio de Asistencia Médica, la Compañía indemnizará, hasta los límites establecidos en el plan de beneficios todos los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados, incurridos directamente a causa de embarazo, incluyendo parte normal, cesárea y aborto no provocado únicamente de la cónyuge del titular o de la asegurada titular, incluyendo los gastos normales del recién nacido mientras la madre se encuentre internada en la clínica u hospital a causa del parto.

Los servicios de maternidad pueden ser dados por un médico y/ u obstetrix legalmente autorizados.

En los casos en que a causa de maternidad, la Asegurada titular o la cónyuge del Titular sufre eclampsia, vómito pernicioso, embarazo ectópico, el beneficio será otorgado como cualquier enfermedad.

**PRIMAS:**

Las primas, cualquiera sea la forma de pago, serán pagadas por anticipado, sin embargo la falta de pago oportuno en lo pactado, ocasionará la suspensión del reembolso de los siniestros, hasta que el solicitante cumpla con su obligación.

**PERIODO DE NOTIFICACIÓN:**

El asegurado para no perder sus derechos a indemnización, deberá presentar el reclamo correspondiente a la Compañía máximo dentro de un plazo de 60 días contados a partir de la última presentación ambulatoria, para los reclamos ambulatorios; y de la salida del hospital, en caso de hospitalización.

La Compañía podrá solicitar información adicional, cuando el caso lo requiera.

### **TERMINACIÓN DEL SEGURO:**

El presente contrato de seguros puede ser resuelto unilateralmente por los contratantes.

- a) Por la Compañía mediante notificación escrita al solicitante en su domicilio, con antelación no menor a 10 días.
- b) Por el solicitante mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de la póliza.
- c) Colectivamente, a la fecha de terminación de la vigencia, si por falta de pago de la firma no se renueva de acuerdo a la cláusula de ésta póliza.
- d) Individualmente, si el asegurado deja de pertenecer al grupo asegurable.

La prima se liquidará aplicando la tarifa de corto plazo si se hace por orden del solicitante o asegurado principal y, a prorrata es por decisión de la Compañía.

### **LIMITACIONES Y VENTAJAS EN LA COBERTURA:**

La Compañía podrá limitar los términos de la cobertura a ampliar los mismos, siempre y cuando estos cambios se los haga por escrito mediante Condiciones Especiales o Particulares, según su naturaleza.

### **INEXACTITUD O RETICENCIA:**

El solicitante y/o el asegurado están obligados a declarar objetivamente el estado del riesgo. La reticencia o falsedad vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

La mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago de siniestros de su importe, causa la pérdida de sus derechos al cobro del seguro.

### **RENOVACIÓN:**

Esta póliza es renovable a voluntad de las partes, siempre y cuando se hayan puesto de acuerdo en los términos, condiciones y costos.

### **PRESCRIPCIÓN:**

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta póliza prescriben a los dos años contados a partir del acontecimiento que le dio origen.

### **JURISDICCIÓN:**

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Solicitante, Asegurado Principal y/o Beneficiario o Dependiente, quedará sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones en contra de cualquiera de las partes deberán ser presentadas en sus respectivos domicilios.

### **NOTIFICACIONES:**

Se la hará por escrito a la última dirección conocida de las partes.

### **LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES:**

Para todos los efectos de esta póliza se aplicarán las disposiciones contenidas en el Artículo XVII, Libro Segundo del Código de Comercio y en especial lo contenido en el

Artículo 67 del Decreto Supremo 1147 que reforma dicho Código y/o cualquiera que se apruebe.

**DOMICILIO:**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, se fija como Domicilio de la Compañía la ciudad de Guayaquil, República del Ecuador.

**APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS  
RESOLUCIÓN N.- 95-147-S DEL 12 DE 1995**

**CLAUSULA  
DE ACCIDENTES PERSONALES**

**POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y LA ENTIDAD ASEGURADORA  
Y/O EL ASEGURADO, ESTA CLAUSULA FORMA PARTE DE LA POLIZA  
DE VIDA EN GRUPO ARRIBA CITADA Y QUEDA SUJETO A SUS  
ESTIPULACIONES LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**1.- DEFINICIONES:**

**ACCIDENTES:**

Para todos los efectos de esta Cláusula se entiende por Accidente, el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad de los Asegurados, que produzca una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de los eventos AMPARADOS.

**2.- OBJETO:**

Con sujeción a las Condiciones Generales de la póliza y a las de esta cláusula, a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Solicitante y en las Solicitudes Individuales presentadas por los Asegurados y al pago de la Prima estipulada en la presente Cláusula, la Compañía se obliga a pagar al o (los) beneficiario (s), las sumas descritas, en caso de producirse Riesgos Amparados.

**3- RIESGO ASEGURADO:**

Con las exclusiones presentadas en la próxima cláusula, esta póliza ampara el riesgo de MUERTE siempre y cuando sean consecuencia de un accidente.

**4.- EXCLUSIONES:**

Este seguro no cubre accidentes a consecuencia de:

- a) Vuelos de exhibición, de siembra, de fumigación de sembrados, de propaganda de anuncios comerciales y/o de acrobacia.
- b) Fabricación, almacenaje, transporte, empleo y negociación de materias explosivas.
- c) Explotación de minas, así como de trabajos subterráneos o submarinos.
- d) Acrobacias.
- e) Tripulación de buques.

## **5.- BENEFICIOS**

### **MUERTE:**

Si el accidente sufrido por cualquiera de los Asegurados, fuere a causa exclusiva y directa de su muerte, dentro de los CIENTO VEINTE (120) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía pagará al (los) Beneficiario (s) designados, el valor asegurado estipulado para este amparo con independencia de aquel contratado bajo la póliza.

### **6.- SINIESTROS:**

El Asegurado y/o Beneficiario están obligados a dar aviso del accidente amparado a la Compañía dentro de los QUINCE (15) días siguientes en que han conocido o debido conocer su ocurrencia adjuntando los siguientes documentos:

- Declaración escrita del accidente conteniendo por lo menos la fecha; nombre, edad y domicilio del Asegurado accidentado, el nombre y el domicilio de los testigos.
- Un certificado médico de la persona que prestó los primeros auxilios al Asegurado Accidentado, expresando las causas del accidente y el pronóstico probable del paciente.
- En caso de Muerte: La partida de nacimiento, cédula de identidad, partida de defunción, certificado de la autopsia, protocolo del levantamiento del cadáver, certificado de inhumación y sepultura y demás requisitos que exige la Compañía.

**APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS  
RESOLUCIÓN N.- 87-432-S DEL 08 DE DICIEMBRE DE 1987**

**ANEXO COMPLEMENTARIO DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL  
EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**

**POR ESTE CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y LA ENTIDAD ASEGURADORA Y/O EL ASEGURADO, ESTA CLAUSULA FORMA PARTE DE LA POLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS ESTIPULACIONES LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES**

1.- El beneficio según el siguiente anexo es aplicable si, debido a un accidente sufrido o enfermedad contraída mientras la póliza esté en vigor, el Asegurado llegase a inhabilitarse total y permanentemente, en tal forma que se encuentre impedido de hacer cualquier trabajo o de seguir cualquier ocupación, o dedicarse a cualquier negocio o profesión por remuneración o ganancias, sujeto a las siguientes condiciones.

- a) La incapacidad debe haber comenzado estando la póliza vigente y por lo menos treinta días después de la fecha de su expedición o de cualquier rehabilitación.

El Asegurado tiene que avisar a la Compañía el accidente o enfermedad dentro de los quince días siguientes a su respectiva ocurrencia o comienzo. Además, el Asegurado autorizará a los que le hayan tratado, a revelar a la Compañía los informes que está solicitare, con respecto a su estado de salud y condición física.

- b) La incapacidad debe haber tenido una duración de seis meses por lo menos y su comienzo debe haber ocurrido antes de tener el Asegurado, según su cumpleaños mas cercano, la edad de setenta años.

- c) La incapacidad debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación del Asegurado, a juicio de dos médicos, uno de ellos nombrados por la Compañía.

2.- Comprobada la incapacidad en las Condiciones señaladas bajo el numeral N.- 1, la Compañía pagará, con intervalos de un año, al Asegurado, solo si este se encuentra con vida en la fecha que corresponda hacer tal pago, la cuarta parte del monto nominal estipulado en la póliza, con un máximo de cuatro pagos anuales.

3.- La compañía puede pedir prueba de la existencia y continuación de la incapacidad, mediante reconocimiento médicos, cada vez que lo considere oportuno. Si el asegurado no proporcionar la prueba requerida, o se recupere, o si puede dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio remunerado, no tendrá derecho a los subsiguientes pagos anuales a que se refiere el artículo segundo de este Anexo.

4.- Las liquidaciones que se vayan efectuando en virtud de este seguro, reducen automáticamente el capital asegurado en la póliza base, dejando sin efecto ni valor alguno, la parte del capital de la póliza Base que ya se indemnizó.

5.-En caso de rehabilitación del Asegurado incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación remunerada, antes de haber recibido los cuatro pagos anuales que se indican en el artículo segundo, la Compañía se obliga a mantener el seguro principal en

vigor por la diferencia entre el capital asegurado en la póliza principal y el indemnizado mediante este seguro al momento de la rehabilitación. Ajustándose la prima y todos los demás valores al nuevo capital.

6-No habrá derecho a las anualidades previstas en las Cláusula 2da. De este anexo cuando la incapacidad es consecuencia de: la voluntad del Asegurado o por su propia culpa, tentativa de suicidio, vuelos de exhibición, fumigación de sembrados, propaganda de anuncios comerciales y/o acrobacia, explotación de minas, trabajos subterráneos o submarinos, acrobacia, tripulación de buques.

7.-Si se abonaren una o más primas correspondientes a este anexo, después de terminada la vigencia del mismo, esto no causará prórroga de su cobertura sino solo se dará derecho de reintegro de las primas abonadas indebidamente a la Compañía.

**APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS  
RESOLUCIÓN N.- 89-020-S DEL 26 DE ENERO DE 1989**