

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA

### PÓLIZA DE SEGURO MULTIRIESGO PERSONAL MERCADEO EMPRESARIAL

#### CONDICIONES GENERALES

##### 1.- COBERTURA

La Compañía cubre el riesgo de muerte por cualquier causa de las personas aseguradas, ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

##### 2.- COBERTURAS OPCIONALES:

Mediante el pago de la correspondiente prima adicional, el Asegurado podrá contratar indistintamente una, más de una o todas las coberturas detalladas a continuación, las cuales constarán determinadas en las condiciones particulares de cada certificado de seguro y su aplicación estará sujeta a los términos, condiciones y exclusiones de cada uno de tales anexos:

- a. Incapacidad total y permanente
- b. Beca estudiantil
- c. Gastos mortuorios
- d. Muerte y/o desmembración accidental
- e. Incapacidad total y permanente por accidente
- f. Beca estudiantil por accidente
- g. Gastos médicos por accidente
- h. Gastos mortuorios por accidente
- i. Cáncer
- j. Cáncer y Enfermedades Terminales
- k. Renta diaria por hospitalización
- l. Cirugía ambulatoria

##### 3.- EXCLUSIONES:

Esta Póliza no ampara muerte causada por o resultante de suicidio del Asegurado, si ocurriese dentro de los primeros dos (2) años de vigencia del seguro.

##### 4.- DEFINICIONES DE CARÁCTER GENERAL:

A más de las definiciones específicas constantes en cada Anexo de cobertura; para efectos de aplicación de la presente Póliza, los términos que aparecen a continuación tendrán los siguientes significados:

**Asegurado:** Toda persona residente de Ecuador y cuya edad a la fecha de suscripción sea igual o mayor de dieciocho (18) y hasta el cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años al momento de aplicar por dicha cobertura, manteniendo su cobertura hasta el cumplimiento de los setenta (70) años de edad.

Para hijos: de seis (6) meses de edad hasta los veintitrés (23) años, siempre y cuando sea soltero, estudiante a tiempo completo y dependiente económicamente del titular asegurado.

**Accidente:** Eventualidad violenta, externa, inesperada e imprevista, que independientemente de la voluntad del Asegurado o Beneficiario, ocasione lesión corporal o muerte del Asegurado.

**Vigencia de la Póliza:** Periodo sea este mensual o anual y de renovación automática, según conste en el certificado individual de seguros.

**Beneficiario:** Dondequiera que aparezca en esta Póliza será la persona designada por el Asegurado para recibir los beneficios de la Póliza en caso de muerte. Si el Asegurado no hubiere designado beneficiario, los beneficios serán pagados según dispone la ley.

**Condiciones Médicas Preexistentes:** Diagnóstico, enfermedad, lesión, condición o síntoma, con anterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura de la Póliza, por los cuales el Asegurado tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico; tomó drogas o medicamentos recetados o recomendados; o cuyos síntomas, causarían a una persona normalmente prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Cualquier omisión, el no haber revelado o descrito con certeza cualquier condición médica o tratamiento, podría ser causal de anulación de la cobertura y el rechazo del pago de los beneficios.

**Diagnóstico Clínico:** Diagnóstico escrito y emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio del Asegurado. Es toda identificación de una enfermedad, fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y paraclínicas.

**Hospital:** Dondequiera que sea usada en esta Póliza se refiere a un establecimiento licenciado para la recepción, cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas, pero excluye hogares de ancianos, centros de convalecencia, maternidades, edificios de consultorios e instituciones para el tratamiento de adictos a drogas o bebidas alcohólicas.

**Centro Médico o de Cirugía Ambulatoria:** Institución que tiene médicos, enfermeras y anestesiólogos debidamente licenciados; por lo menos dos salas de cirugía y una sala de recuperación, laboratorios de diagnóstico y salas de radiografías, que le permiten prestar asistencia de emergencias y se encuentran registradas y autorizadas de acuerdo a la legislación del País. No serán considerados como centros médicos o de cirugía ambulatoria, para efectos de cobertura del presente amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética. Se considera centro de cirugía ambulatoria aquellos procedimientos especializados tales como: cirugía refractiva, fotocoagulación de retina, procedimientos terapéuticos, otorrinológicos, ortopédicos, endoscópicos, procedimientos terapéuticos con ultrasonido o similares.

**Procedimiento Quirúrgico:** Intervención de cirugía la cual se realiza en la sala quirúrgica de un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Ecuador. Generalmente se practica como un proceso instrumental con ayudas como bisturí, pinzas, etc. Realizada en un recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares equipos de reanimación) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia y cuyo procedimiento implique la remoción de tejidos o de algún órgano y que generalmente se realiza bajo la anestesia general o regional, esta última realizada por un especialista en anestesiología.

**Sala de Cirugía:** Recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida (respirador, máquina de anestesia, pulsoxímetro o similares, equipos de reanimación, etc) y con medidas especiales de asepsia y antisepsia generalmente ubicado en un centro médico o centro de cirugía que cumple con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin, por las autoridades respectivas.

**Procedimiento Menor:** Procedimiento, quirúrgico o no, que se realice con anestesia local.

**Lesión:** Daño corporal accidental, que directa e independientemente de cualquier otra causa, sufra el Asegurado, mientras esté cubierto bajo la Póliza.

**Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud de la persona Asegurada resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

**Tratamiento:** Conjunto de medios por los cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

**Cirugía Ambulatoria:** Procedimiento quirúrgico que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un periodo mayor de veinticuatro (24) horas.

**Día:** Espacio de tiempo de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una institución hospitalaria.

**Médico:** Persona que posee Licencia Legal para ejercer la medicina y/o cirugía y que no sea el Asegurado, ni ningún miembro de la familia del Asegurado.

**Póliza:** Contrato de seguro, con sus condiciones particulares y generales y sus anexos y endosos que sean emitidos por la Compañía, así como la solicitud del Contratante, los certificados individuales y la carátula de esta Póliza .

**Solicitante:** Persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos a la Compañía.

## **5.- FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA:**

Es la fecha indicada en el certificado del Asegurado, a partir de la cual su cobertura es efectiva.

## **6.- ADICIONES:**

Cualquier persona que resulte elegible después de la fecha de efectividad de esta Póliza podrá ser incluida en la misma mediante la presentación de la solicitud del contratante, prueba de elegibilidad y asegurabilidad satisfactoria para la Compañía y pago de la prima adicional requerida. La fecha de efectividad de la cobertura para los nuevos asegurados será el primer día del mes siguiente a la fecha en que la solicitud es aceptada y la prima requerida es recibida por la Compañía.

## **7.- ERRORES U OMISIONES:**

En el caso que la edad del Asegurado haya sido omitida o haya sido declarada erróneamente a la Compañía, todo pago que la Compañía haga bajo los términos de esta Póliza deberá estar de acuerdo al valor de la prima correspondiente a la edad correcta. En el evento anterior, si por cualquier motivo se constata que de acuerdo a la edad correcta del Asegurado, éste no se encuentra cubierto, o bien, la cobertura caducó en una fecha anterior al momento en que dicha situación es constatada, la Compañía sólo estará obligada a restituir al Asegurado, por su petición escrita, todas las primas pagadas por el período no cubierto por la Póliza.

## **8.- PAGO DE LA PRIMA:**

Las primas son pagaderas al contado y por anticipado, 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.

En caso de que la Compañía aceptare dar facilidades de pago al Asegurado para cobrar la prima, la demora de treinta (30) días o más en el pago de cualquiera de las cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o, estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

El plazo de gracia de treinta (30) días mencionado en el inciso anterior, no es aplicable al pago de la cuota inicial de la prima, ya que el contrato de seguro no se considerará vigente mientras dicha cuota no haya sido pagada en efectivo.

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

## **9.- RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:**

Esta Póliza podrá ser renovada por términos sucesivos previa aprobación de la Compañía en tal sentido y sujeta a los términos, condiciones y tarifas vigentes al momento de dicha renovación.

## **10.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:**

La cobertura indicada en esta Póliza terminará inmediatamente, cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Terminación de la Póliza;
- b) Pérdida de la elegibilidad del Asegurado, de conformidad con el término definido bajo Asegurado en esta Póliza;
- c) Falta de pago de la prima de esta cobertura según se estipula en el numeral 8 precedente
- d) Fallecimiento del Asegurado;
- e) Si alcanzara la edad elegible estipulada en cada anexo.
- f) Cuando el Asegurado deja de ser residente de Ecuador
- g) Cuando la Compañía haya liquidado el beneficio de esta Póliza

## **11.- AVISO DE SINIESTRO:**

El beneficiario de esta Póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado, dará aviso cuando conozca la existencia del beneficio, pero en el límite máximo de dos (2) años desde la ocurrencia del siniestro.

## **12.- DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO DE BENEFICIOS:**

Los beneficios bajo esta Póliza, serán pagaderos al Asegurado una vez que presente a la Compañía los documentos señalados a continuación:

- Formulario de reclamación de beneficios llenado por los beneficiarios.
- Certificado de defunción.
- Acta del levantamiento del cadáver.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Copias de la cédula de los beneficiarios o posesión efectiva de bienes, si estos no estuvieren designados en la Póliza.
- Partida de nacimiento.
- Certificado de autopsia o medicina legal.
- Informe de las autoridades de tránsito, cuando es accidente automovilístico.

### **13.- RECLAMACIONES:**

Los beneficios provenientes de esta Póliza son independientes y en adición de cualquier beneficio que el Asegurado tenga derecho a exigir de otra Póliza de seguros, alguna institución de salud, pública o privada, sistema de bienestar u otro, cualquiera sea su origen o naturaleza.

La Compañía podrá a su propio costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad es la base del reclamo, las veces que lo estime razonablemente necesario, asimismo, podrá solicitar su autopsia en caso de fallecimiento.

Si la reclamación o los documentos con los cuales se acreditare el hecho del siniestro fueren fraudulentos, o bien, si en apoyo de algún reclamo, se actuare con dolo, el Asegurado perderá todo derecho a esta cobertura.

### **14.- PAGO DE BENEFICIOS:**

En caso de muerte del Asegurado, la indemnización correspondiente será pagada al beneficiario designado por dicho Asegurado, siempre y cuando dicho beneficiario sobreviva al Asegurado o en su defecto, a la sucesión del Asegurado. Dicha indemnización y la de sus anexos, deberán ser pagados por la Compañía, dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a aquel en que le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos necesarios para el pago del siniestro. Cualquier pago hecho por la Compañía de buena fe y de acuerdo con esta Póliza exonerará totalmente a la Compañía de cualquier responsabilidad con respecto al referido pago.

### **15.- CANCELACIÓN:**

La presente Póliza no podrá ser cancelada por la Compañía. En el caso de que la Póliza sea cancelada por el contratante, la prima devengada será computada de acuerdo con la tabla de corto plazo usada por la Compañía al momento de la cancelación.

### **16.- NO CESIÓN:**

El Asegurado no podrá ser ceder ni traspasar, en todo o en parte el presente seguro.

### **17.- ARBITRAJE:**

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar mas bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

### **18.- NOTIFICACIONES:**

La Compañía y el Asegurado o Solicitante, señalan como lugar para recibir cualquier tipo de comunicaciones, notificaciones, citaciones o emplazamientos las direcciones que se harán constar en la carátula de la Póliza. Ambas partes deben comunicar a la otra cualquier cambio que hagan de las direcciones antes indicadas y desde ya aceptan como válidas las que se realicen en dichos lugares en caso hayan omitido avisar a la otra respecto el cambio de dirección.

#### **19.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA:**

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 deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado.

#### **20.- PRESCRIPCIÓN:**

Las acciones derivadas del presente contrato de seguro, prescriben a los dos (2) años contados a partir de la fecha de la ocurrencia del siniestro.

Para el tercero beneficiario de la Póliza, el plazo se computa desde que éste conoce la existencia del beneficio, pero con el límite máximo de dos (2) años desde la ocurrencia del siniestro.

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

NOTA: La presente Póliza fue aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros con resolución No. SBS-INSP-2008-157, registro No. 30106 del 16 de mayo de 2008