

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS UNIDOS S.A., que en lo sucesivo se denominará “la Compañía”, en consideración a la solicitud la cual, junto con todos los demás documentos presentados para esta Póliza por el interesado, en adelante el Asegurado, que son base de este contrato y forma parte de él, de conformidad con las Condiciones Generales, especiales y particulares y sus anexos, si los hubiere, conviene celebrar con el Contratante y/o Asegurado celebrar el contrato de seguro de acuerdo con las condiciones descritas a continuación:

ARTÍCULO 1: AMPARO O COBERTURA BÁSICA

La Compañía se obliga a pagar al (los) beneficiario(s) designado(s), o a los que la ley determine, previo al pago de prima correspondiente, hasta el límite de la suma asegurada especificada en las condiciones particulares de esta Póliza, el riesgo de fallecimiento de cualquiera de la persona asegurada, especificados en las mismas condiciones, producido por cualquier causa y en cualquier lugar del mundo, sin más exclusiones que las definidas como tales en la presente Póliza.

ARTÍCULO 2: AMPAROS O COBERTURAS ADICIONALES

El Contratante podrá elegir uno o varios de los amparos o coberturas adicionales ofrecidos por la Compañía. El alcance de dichos amparos será el que aparezca en las condiciones especiales que hacen parte de esta Póliza y se entenderán como contratados únicamente los relacionados en las condiciones particulares de la misma, con el pago de la prima adicional correspondiente, hasta el límite de suma asegurada descrito en las condiciones particulares de esta Póliza y condiciones establecidas en dichos amparos o coberturas adicionales:

1. Incapacidad Total y Permanente
2. Anticipo por Enfermedades Graves
3. Indemnización Adicional por Muerte Accidental
4. Beneficio por Desmembración
5. Renta Diaria por Hospitalización a Causa de Enfermedad o Accidente
6. Beca Estudiantil
7. Canasta Familiar por Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total y Permanente
8. Gastos de Sepelio

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES GENERALES

La Compañía no estará obligada a otorgar cobertura en aquellos casos en que el fallecimiento del Asegurado sobrevenga, o sea como consecuencia de suicidio ya sea en estado de cordura o de demencia, ocurrido durante los dos (2) primeros años de vigencia ininterrumpida del contrato o de las solicitudes de aumento de valor asegurado.

Cuando exista aumento de valor asegurado y de producirse el siniestro por suicidio, la indemnización se otorgará por el valor inicial, sin considerar el incremento de valor asegurado hasta superar dos (2) años consecutivos desde el nuevo aumento del valor asegurado.

ARTÍCULO 4: DEFINICIONES

ASEGURADO: Es la persona natural que conforma un grupo asegurable, cuya vida se ampara, por la ocurrencia de un determinado evento llamado siniestro.

BENEFICIARIO: El Asegurado en los amparos opcionales de incapacidad e invalidez, o la persona o personas designadas por el Asegurado, para que reciban la indemnización, de acuerdo con las condiciones y montos contratados. El Beneficiario puede ser a título oneroso o a título gratuito. Es beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la simple liberalidad del Asegurado.

En los demás casos, el Beneficiario lo será a título oneroso. A falta de estipulación en contrario, se presume que el Beneficiario ha sido designado a título gratuito. Cuando el Beneficiario es a título gratuito, el Asegurado podrá nombrarlo o sustituirlo en cualquier momento. Cuando el Beneficiario es a título oneroso, el cambio o la revocatoria del mismo requerirá del consentimiento del Beneficiario. A falta de beneficiarios se considerarán los herederos legales.

BENEFICIARIO ACREEDOR/TÍTULO ONEROSO: Es aquel que ha sido designado en condiciones particulares, a fin de proteger un interés económico que respalda una obligación adquirida por el Asegurado. El Asegurado no puede revocar la designación de beneficiario acreedor/título oneroso mientras subsista el interés que lo legitima, a menos que dicho beneficiario consienta expresamente en la revocación.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Compañía autorizada legalmente para asumir riesgos de vida, que asume la cobertura de estos, especificados en las condiciones particulares de esta Póliza y que garantiza el pago de la indemnización, de acuerdo con los términos descritos en las condiciones generales, particulares y especiales contratadas por el contratante.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que suscribe el presente contrato con la Compañía para asegurar un número específico de personas a las que representa, que es responsable del pago de la prima y que es el único que puede solicitar cambios a esta Póliza con el respaldo del consentimiento expreso del Asegurado que solicita el cambio.

FECHA DE EMISIÓN: Fecha en la cual se emite la póliza y que se indica en las condiciones particulares.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Fecha en la cual a las doce (12) horas entra en vigencia la póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: Fecha en la cual a las doce (12) horas expira la cobertura de la presente póliza.

ACCIDENTE: Para los efectos de la presente Póliza, se considera como accidente el hecho súbito, violento, fortuito e inesperado, de origen externo y ajeno a la voluntad del tomador, Asegurado y/o beneficiarios que por su acción directa y exclusiva produzca la muerte o la pérdida de miembros, órganos o facultades, manifestadas dentro de los ciento ochenta (180) días comunes contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas vinculadas entre sí por algún interés común, agrupadas bajo una personería jurídica o con relaciones estables de igual naturaleza, cuyo vínculo común no tenga como origen el contratar una Póliza.

PÓLIZA: documento que contiene las condiciones generales, particulares y especiales del contrato de seguro y que incluirá el registro de Asegurados.

PRIMA: Obligación de carácter económica que debe cumplir el Contratante para obtener la cobertura contratada.

SINIESTRO: Es el hecho accidental, súbito e imprevisto ocurrido durante la vigencia del seguro y que da lugar a la ocurrencia del riesgo asegurado, es decir el fallecimiento del Asegurado.

VALOR ASEGURADO: Suma asegurada señalada en las condiciones particulares de la presente Póliza.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Es la edad hasta la cual una persona, que cumpla con las condiciones para ser asegurada, puede adherirse a la presente Póliza.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Es la edad a partir de la cual una persona, que cumpla con las condiciones para ser asegurada, puede adherirse a la presente Póliza.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Es la edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en la presente Póliza. Una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el seguro se dará por terminado.

PREEXISTENCIA: Toda alteración del estado de salud originada, conocida y/o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad, patología o situación médico-quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración.

PERÍODO DE CARENIA: Es el periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este periodo deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado.

ARTÍCULO 5: VIGENCIA

Esta póliza entra en vigencia inmediatamente desde que se perfecciona el contrato de seguro y culminará en la fecha y hora estipulada en la misma. En caso de no señalarse la hora, se reputará que inicia y/o termina a las doce (00h00) de la media noche.

Los certificados individuales que se adhieren a la presente Póliza deberán contener la vigencia con fecha de hora de inicio y vencimiento.

ARTÍCULO 6: ELEGIBILIDAD

Serán asegurables para los efectos de este contrato, las personas comprendidas entre 18 años y 65 años. Ambas inclusive, a la fecha de inicio de vigencia, con permanencia en el seguro hasta los 70 años cumplidos, esto es, hasta el día en que el asegurado cumpla el límite máximo de la edad estipulada en la Póliza.

No obstante, de lo estipulado en el párrafo que antecede, si la empresa de seguro hubiese cobrado la prima del seguro con posterioridad a la fecha límite máxima establecida en la Póliza como límite asegurado, y en caso de producirse la muerte del asegurado, estará obligada a cumplir con el pago de la indemnización pactada. En casos excepcionales que la Compañía requiera ampliar los rangos o límites de edad podrán constar en condiciones particulares.

En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán sujetos a:

- a. Durante los tres (3) primeros meses de vigencia de este seguro colectivo de vida.
- b. En las ampliaciones de sumas aseguradas del total del grupo asegurado.
- c. Durante los treinta (30) días siguientes al vencimiento de los tres (3) meses de espera después de la incorporación al grupo asegurable.

La cobertura de cada Asegurado tomará efecto desde el momento en que el Contratante entregue la tarjeta de enrolamiento a la Compañía, siempre y cuando todo el grupo reúna los requisitos de asegurabilidad y sean elegibles de acuerdo con las condiciones de esta Póliza.

El Contratante se encuentra obligado a notificar a la Compañía acerca de las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado y que pueden consistir en:

- a. Altas: Originadas por las inclusiones en el registro de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de entrada en vigor del seguro de grupo.

La toma de efecto de cada alta se efectuará de conformidad con lo descrito en la presente Póliza.

Los Asegurados que soliciten su incorporación a esta Póliza como los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán acreditar el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía según constan en condiciones particulares.

b. Bajas: Tendrá lugar por alguna de las siguientes causas:

1. Salida del grupo asegurado o del asegurable, por exclusión, renuncia, despido, pensión o por cualquier otra causa.
2. Pago de la indemnización a que dé lugar este seguro, pero solo de aquel Asegurado fallecido.
3. Cumplimiento de la edad establecida en las condiciones particulares de la Póliza.

En el primer supuesto, la Compañía devolverá al Contratante la parte de prima correspondiente al periodo de seguro no transcurrido.

El Contratante debe mantener un registro de las personas que conforman el grupo asegurado, con el detalle de nombres completos, fecha de nacimiento y número de documento de identidad de cada Asegurado. Este registro deberá mantenerse actualizado mientras la Póliza se encuentre vigente, para lo que el solicitante debe informar, expresamente, a la Compañía sobre las personas que ingresan o salen del grupo asegurado. Este registro podrá ser requerido por la Compañía en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza.

ARTÍCULO 7: EDAD DEL ASEGURADO

Para todos los efectos, la edad del Asegurado será considerada en años cumplidos, es decir su edad real. Si la edad verdadera del Asegurado resultase mayor que la declarada, y siempre que no sobrepase el límite previsto por la Compañía en las condiciones particulares de esta Póliza, el valor asegurado y demás valores acordados por la misma se reducirán a las sumas que, dada la prima pagada, correspondan proporcionalmente a la prima de la edad verdadera.

Si la edad verdadera del Asegurado resultase menor que la declarada, el valor asegurado y demás valores acordados por esta Póliza se incrementarán a las sumas que, dada la prima pagada, correspondan proporcionalmente a la prima de la edad verdadera.

ARTÍCULO 8: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado deberá designar por escrito, al inicio de la cobertura, uno o varios beneficiarios.

En caso de existir más de un beneficiario, sin determinar los porcentajes a que tienen derecho los mismos, se entenderá que cada uno de ellos tendrá una participación igual.

Si un 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 designe otro beneficiario.

Si un beneficiario fallece simultáneamente con el Asegurado, se ignora cuál de los dos ha muerto primero, en caso de no existir beneficiarios designados o en las circunstancias previstas en el Código Civil, la indemnización será entregada al cónyuge y a los herederos legales del Asegurado en partes iguales, siempre y cuando el título de beneficiario sea gratuito; si es oneroso, corresponde la indemnización a los herederos del beneficiario.

Si no hay beneficiarios designados, la indemnización será entregada a los herederos legales, mismos que deberán estar estipulados en la posesión efectiva de bienes.

ARTÍCULO 9: CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento durante la vigencia del contrato de seguro, al Beneficiario o a los beneficiarios designados. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que este sea notificado por escrito o cualquier medio reconocido por la

legislación ecuatoriana; y, que se formalice en el formulario de designación pertinente, que deberá estar suscrito por el asegurado y no tendrá efecto sino después que la Compañía haya dejado constancia de tal modificación en esta Póliza.

Cuando la designación de un beneficiario sea a título oneroso y ello conste en esta Póliza, el Asegurado no puede revocarlo mientras subsista el interés que lo legitima, a menos que dicho beneficiario consienta expresamente en la revocación.

La nueva designación tendrá efecto en la fecha en que la compañía sea notificada con dicho cambio, y conste el mismo en el respectivo Formulario de Designación debidamente suscrito por el asegurado.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la legitimidad del negocio que dio lugar a la designación a título oneroso ni por las cuestiones que se susciten con motivo de la misma. Si el cambio de Beneficiario, pese a haberlo recibido debidamente la Compañía, no hubiere podido registrarse en esta Póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado, el pago se hará consignando los valores que correspondan ante un Juez de lo Civil, a la orden conjunta de los beneficiarios designados en esta Póliza y los designados con posterioridad a aquéllos en cualquier comunicación escrita y suscrita por el Asegurado y debidamente recibida por la Compañía; de tal manera que será dicha autoridad quien resuelva sobre dicho pago, en la forma y a qué beneficiarios se realizará el pago.

Consecuentemente la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad y no deberá ser requerida ni judicial ni extrajudicialmente ni por el Contratante ni por los Beneficiarios, sean estos iniciales o posteriores, ni por sus herederos.

ARTÍCULO 10: CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

El Contratante entregará a cada Asegurado un certificado individual de seguro proporcionado por la Compañía, el cual contendrá los valores o porcentajes asegurados, número de Póliza a la cual pertenece, vigencia y demás requisitos legales, definidos con cada uno de ellos para las coberturas contratadas en esta Póliza.

El certificado individual de seguro no podrá modificar las condiciones generales, especiales o particulares de esta Póliza, las cuales prevalecerán en caso de contradicción de acuerdo con la Ley.

El Asegurado podrá nombrar sus beneficiarios en este certificado de así requerirlo. En caso de cambio de Beneficiario, la Compañía expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior.

La falta de emisión de certificados individuales de seguro no modifica los términos y condiciones de esta Póliza.

ARTÍCULO 11: SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para el amparo básico y para cada cobertura adicional que sea contratada en la presente Póliza, será fijada de común acuerdo con el Contratante y estipulada en las condiciones particulares de esta Póliza y/o certificado individual de seguro, y representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que puedan afectar cualquier cobertura contratada, incluyendo los sublímites otorgados y que se pagarán a los beneficiarios que correspondan, de acuerdo a lo dispuesto en la cláusula de Designación de Beneficiarios. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la Compañía excederá el límite agregado de responsabilidad descrito en las condiciones particulares de esta Póliza y/o certificado individual de seguro.

ARTÍCULO 12: DEDUCIBLES

De ser aplicable se establecerá deducibles por cobertura, mismos que estarán debidamente detallados en las condiciones particulares de esta Póliza. El deducible siempre está a cargo del Asegurado y no es sujeto a reembolso.

ARTÍCULO 13: DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

El solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente los hechos o circunstancias conocidos que determinen el estado del riesgo previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según el cuestionario que le sea propuesto la Compañía, y de conformidad con la ley.

El cumplimiento de esta obligación se limita a revelar hechos o circunstancias que, siendo efectivamente conocidos por el solicitante, hubiesen podido influenciar en la decisión de la Compañía sobre aceptar o no la celebración del contrato, o de hacerlo con estipulaciones más gravosas o distintas.

Toda declaración falsa, inexacta u omisión hecha a la Compañía, relativa a los riesgos asegurados en la presente Póliza, toda reticencia, disimulación o falsedad de cualquier circunstancia acerca de la declaración del solicitante que, conocido por la Compañía le hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa la presente Póliza excepto en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, en cuyo caso se aplicará la tarifa correspondiente de manera retroactiva a partir del inicio de la cobertura, siempre y cuando ésta no supere los límites de edad de ingreso previstos en las condiciones de esta Póliza.

Salvo que se pruebe el dolo o mala fe del solicitante en la declaración sobre el estado del riesgo, si la Compañía no solicita información adicional a la contenida en la declaración sobre el estado del riesgo proporcionada por el solicitante, no puede alegar errores, reticencias, inexactitudes o circunstancias no señaladas en la solicitud, sin perjuicio de las acciones penales contempladas en el Código Orgánico Integral Penal, si es que el hecho constituye delito.

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 la Compañía, 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.

La Compañía no podrá alegar la nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.

ARTÍCULO 14: REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

Los Asegurados deben ser incluidos, expresamente, por el solicitante, para formar parte del grupo asegurable y podrá obtener los amparos a los que se refiere esta Póliza, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- a. Comprobar su buen estado de salud presentando la solicitud de la Compañía, pruebas o evidencias suficientes de asegurabilidad como, por ejemplo, pero sin limitarse a: exámenes médicos, clínicos o de laboratorio.
- b. Instrumentar y firmar la declaración de salud y el formulario de solicitud de seguro.
- c. Los requisitos que de manera individual se exigen para los amparos adicionales.

Previo a la contratación de esta Póliza, el propuesto Asegurado deberá complementar la solicitud de seguro, que le será proporcionado por Compañía de seguros, de conformidad con la ley, y deberá estar suscrito por el solicitante, que incluye:

- a. La declaración de asegurabilidad (declaración de salud o declaración de estado del riesgo) (de ser el caso).
- b. Los cuestionarios y/o declaraciones de información médica y no médica (de ser el caso).
- c. El informe del médico examinador (de ser el caso).

La Compañía se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad en los casos que se considere necesario.

ARTÍCULO 15: PAGO DE PRIMA

El pago de las primas puede efectuarse bajo las dos formas siguientes:

- a. Sin contribución: Se entiende por tal aquella en la cual la prima es cubierta en su totalidad por el Contratante. En este caso, debe asegurarse el cien por ciento (100%) del grupo asegurable.
- b. Con contribución: Se entiende por tal aquella en la cual la prima es cubierta en parte por el Contratante y en parte por los adherentes al seguro. En este caso debe asegurarse, como mínimo, el setenta y cinco (75%) del grupo asegurable, sin que el número de asegurados pueda ser inferior a veinte (20).

El Contratante del seguro está obligado al pago de la prima en el plazo de treinta (30) días desde perfeccionado el contrato. En el seguro celebrado por cuenta de terceros, el Contratante debe pagar la prima, pero la Compañía podrá exigir su pago al Asegurado, o al Beneficiario, en caso de incumplimiento de aquel. Si el pago se hace al agente o intermediario de seguros, su entrega se reputará válida y se entenderá como entregada a la misma Compañía.

Si el Asegurado estuviere en mora, tendrá derecho a la cobertura por treinta (30) días más, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; fenecido dicho plazo, se suspenderá la cobertura.

En caso de que el Asegurado estuviere en mora por más de sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, el contrato terminará de forma automática 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.

La Compañía hará conocer al Asegurado o Beneficiario sobre estos hechos por cualquier medio. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

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

El pago de la prima debe hacerse en el domicilio de la Compañía o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados para recibirla.

La falta de pago de la prima por más de treinta (30) días producirá la caducidad del contrato, sin embargo, los seguros de vida no se considerarán caducados, por falta del pago de la prima mensual cuando se hayan pagado las primas correspondientes a los dos primeros años, en cuyo caso los Asegurados tendrán la posibilidad de cancelar los valores impagos hasta por el plazo de tres (3) meses contados desde el último pago realizado.

ARTÍCULO 16: RENOVACIÓN

Este contrato podrá renovarse por periodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación conforme a la tarifa vigente de la Compañía al momento de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla.

La renovación deberá estar suscrita por los contratantes para que se considere válida y surta todos sus efectos y además se deberá hacer constar el término de ampliación de la vigencia del contrato. La renovación deberá ser formalizada por escrito o a través de cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico, reconocidos por la legislación vigente en el país.

La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado sobre el vencimiento de esta Póliza y se reserva el derecho de no renovarla a su vencimiento.

ARTÍCULO 17: SEGURO EN OTRAS COMPAÑÍAS

En caso de que el Asegurado cuente con otros seguros de vida, independientemente de la Compañía con la que se haya contratado, y de producirse el siniestro, se pagará la totalidad de la suma asegurada indicada en las condiciones particulares por cada una de las pólizas contratadas, y siempre que goce del amparo pertinente, y la causa no corresponda a alguna de las detalladas en las exclusiones del presente contrato.

ARTÍCULO 18: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El contrato de seguro terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- a. Por cumplirse el plazo de vigencia de la Póliza, sin que el solicitante/Asegurado hubiere expresado su deseo de renovarlo, por cualquiera de los medios reconocidos por la legislación ecuatoriana y con antelación a la expiración del seguro.
- b. Por cumplir el Asegurado el límite de edad para tener derecho a la cobertura, según las condiciones particulares de la Póliza.
- c. Por voluntad del Contratante, que exprese su decisión de dar por terminado el contrato de seguro, mediante notificación escrita, pudiendo hacerlo incluso por medios electrónicos, a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza.
- d. Por la muerte del Asegurado.
- e. Cuando por razón de siniestro se ha hecho el pago del capital contratado.
- f. Por caducidad del contrato, conforme a lo dispuesto en el Código de Comercio.
- g. Cuando el Asegurado sea excluido del grupo asegurado por solicitud expresa y suscrita por el Contratante.
- h. Por solicitud del Contratante debidamente respaldada por el grupo de asegurados.

ARTÍCULO 19: AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, que pudiere dar lugar a indemnización conforme a este contrato de seguro, para el amparo básico, el o los beneficiarios tendrán hasta tres (3) años desde la fecha de ocurrencia del siniestro para dar aviso a la Compañía.

En caso de que el Contratante haya contratado una o más coberturas adicionales y que consten en las condiciones particulares de esta Póliza, el Contratante o cualquiera de los beneficiarios deberán aviso formal de la ocurrencia del siniestro a la Compañía, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en la que el Contratante o los beneficiarios tuvieron conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

El intermediario está obligado a notificar la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro. El Asegurado 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.

La Compañía tendrá la obligación de notificar al beneficiario sobre la existencia del seguro desde el momento en que tenga conocimiento, aun de oficio, del deceso del Asegurado o, de ser el caso, de su declaratoria de muerte presunta.

ARTÍCULO 20: DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

Para reclamar el pago de cualquier indemnización con cargo a esta Póliza, el Contratante deberá remitir a la Compañía la solicitud de indemnización, junto con los siguientes documentos:

- a. Carta formal y explicativa dirigida a la Compañía, incluidos medios electrónicos, indicando las circunstancias del siniestro.
- b. Formulario de reclamación de indemnización diligenciado.
- c. Fotocopia a color de la cédula de ciudadanía del Asegurado y a falta de esta, la partida de nacimiento.
- d. Historia clínica completa del Asegurado.
- e. Informe y certificado del o los médicos tratantes, que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte.
- f. Certificado de inhumación y sepultura.
- g. Original del acta de defunción.

- h. Original de la posesión efectiva de bienes.
- i. Copia legible de la cédula de ciudadanía de los beneficiarios o herederos legales mayores de edad, a falta de estas la compañía solicitará partidas de nacimiento.
- j. Acta del levantamiento del cadáver, de ser el caso.
- k. Parte policial, de ser el caso.
- l. Protocolo de autopsia, de ser el caso.
- m. Declaratoria de muerte presunta, publicaciones, de ser el caso.
- n. Certificación del monto de la deuda si el beneficiario es un acreedor.
- o. Certificado del saldo insoluto de la deuda a la fecha del evento cubierto, cuando se trate de beneficiario oneroso.
- p. Cualquier otro documento o informe requerido por la Compañía, siempre que estos, guarden relación con la naturaleza de este contrato o con las circunstancias del siniestro.

ARTÍCULO 21: DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Corresponde al beneficiario:

- a. Denunciar el fallecimiento del Asegurado dentro de los tres (3) años contados a partir de la fecha en que haya ocurrido el deceso.
- b. Suministrar pruebas que acrediten la cuantía y ocurrencia del reclamo, así como también sobre las causas lugar en que se produjo el hecho.
- c. Presentar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad, confirmado mediante evidencias médicas, exámenes de laboratorio clínico, químico o patológico efectuados por un profesional médico o médico legista (para muerte accidental), autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y, a menos que esté prohibido por la ley, efectuar la autopsia, ya sea, antes o después del entierro.

La Compañía podrá solicitar, previa autorización del Asegurado, cualquier información relacionada con el estado de salud del Asegurado, a todos los médicos, clínicas, hospitales o instituciones que le hayan asistido.

ARTÍCULO 22: PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

Se perderá todo derecho a la indemnización en los siguientes casos:

- a. Cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hicieran o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o utilizaren otros medios o documentos engañosos.
- b. Si el Asegurado o Beneficiario hubiere participado directa o indirectamente en la causa de la incapacidad o muerte.
- c. Por la ausencia sobrevenida de un interés asegurable.
- d. Por la omisión, no justificada, de la obligación de notificar a la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro.
- e. En caso de que se evidencie inconsistencias o incongruencias en el aviso de siniestro, en la acreditación de este o en la documentación ingresada para probar la ocurrencia y cuantía.
- f. Si se incumpliere cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato.

ARTÍCULO 23: LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

Al momento del fallecimiento de una de las personas aseguradas y estando la Póliza en vigencia, la Compañía pagará la suma indicada en las condiciones particulares de esta Póliza siempre que:

- a. Los derechos de la misma no estuvieren cedidos a terceros, el Asegurado podrá especificar la forma de liquidación del beneficio por fallecimiento entre las siguientes opciones:

1. Opción de pago único: La Compañía pagará íntegramente el beneficio por fallecimiento en un pago único.
2. Opción de pago en cuotas: el Asegurado determinará el número de cuotas mensuales en que el beneficiario retirará el importe a su favor, pudiendo optar por un periodo fijo de pago del beneficio por fallecimiento de cinco (5), diez (10), quince (15), veinte (20) o veinticinco (25) años. Dicho período debe contar en las condiciones particulares de esta Póliza. En caso de que este período dé lugar a un valor de cuota inferior al valor de cuota mínima estipulado por la Compañía a ese momento, el período de pago se reducirá hasta que el valor de la cuota sea al menos igual al mínimo anteriormente referido.

Los fondos correspondientes quedarán depositados en la Compañía y devengarán intereses a la tasa garantizada anual. En caso de que el beneficiario falleciere antes de que se hubiere completado el período de pago del beneficio, la Compañía pagará el valor actual de las cuotas pendientes de pago a sus herederos legales o a la persona o personas específicamente designadas a tal efecto.

3. Opción combinada: La Compañía pagará el porcentaje del beneficio por fallecimiento que determine el Asegurado en un pago único y el resto en cuotas mensuales conforme lo detallado en el numeral 2 de este artículo. Dicho porcentaje se indicará en las condiciones particulares de esta Póliza.

El Asegurado podrá modificar la opción de liquidación en cualquier momento durante la vigencia del contrato. Dicha modificación deberá realizarse por escrito y no tendrá efecto sino después que la Compañía haya dejado constancia de tal modificación en esta Póliza.

Al momento de la liquidación del beneficiario por fallecimiento, el beneficiario podrá solicitar la forma de liquidación del mismo, siempre y cuando el Asegurado no lo hubiere efectuado con anterioridad.

- b. Las primas estén pagadas o dentro del periodo establecido en la ley.
- c. El siniestro tenga cobertura.
- d. Se haya dado conformidad a la totalidad de documentos necesarios para la reclamación.

El monto a liquidar corresponderá al indicado en las condiciones particulares de la Póliza.

La Compañía tendrá treinta (30) días para notificar la aceptación o rechazo del reclamo presentado, a los beneficiarios con respecto al siniestro, contados desde la fecha de formalización de la reclamación, es decir, desde la entrega de toda la documentación establecida en el artículo Documentos necesarios para la reclamación de siniestros.

Si el Asegurado o beneficiario no se allanan a las objeciones de la Compañía respecto al pago de la indemnización, podrán acudir al reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la Compañía que justifique su negativa al pago. El organismo de control dirimirá administrativamente la controversia.

ARTÍCULO 24: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado y estando esta Póliza en pleno vigor, la Compañía tramitará el requerimiento de pago, siempre y cuando las primas estén pagadas o dentro del periodo de gracia, el siniestro tenga cobertura y se haya dado conformidad a la totalidad de documentos necesarios para la reclamación.

La Compañía tendrá treinta (30) días para dar respuesta o notificar a los beneficiarios con respecto al siniestro, contados desde la fecha de entrega de los documentos necesarios para la reclamación del siniestro, a falta de respuesta en este lapso, se entenderá aceptada.

La Compañía deberá proceder al pago dentro del plazo de diez (10) días posteriores a la aceptación. Con la negativa u objeción, total o parcial, el beneficiario podrá iniciar las acciones señaladas en el artículo 42 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, mencionado en el artículo 726 del Código de Comercio.

La Compañía tiene la obligación de utilizar transferencias, medios de pago electrónicos y mecanismos avalados por las autoridades en materia de seguros a efectos de llevar a cabo reembolsos y pagos de siniestros.

ARTÍCULO 25: 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 o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el país.

Los árbitros deberán, no obstante, juzgar desde el punto de vista de la práctica del seguro que de estricto derecho. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes. Cada parte pagará los honorarios de su respectivo árbitro.

ARTÍCULO 26: NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá efectuarse por escrito al domicilio del Asegurado o beneficiarios y la Compañía en su domicilio o utilizando los medios permitidos de acuerdo a la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de Datos.

ARTÍCULO 27: JURISDICCIÓN

Cualquier litigio o controversia que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado con motivo del presente contrato de seguro queda sometidas a la vía judicial de la jurisdicción ecuatoriana.

Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de éste o en el lugar donde se hubiera emitido la Póliza, a elección del Asegurado o beneficiario. Las acciones en contra el asegurado o beneficiario se deducirán en el domicilio del demandado.

ARTÍCULO 28: PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el (los) beneficiario(s) demuestren 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 29: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En caso de suscitarse cualquier litigio entre la Compañía y el Contratante, Asegurados o Beneficiario, a consecuencia o en relación con el presente contrato de seguro, las partes podrán acudir a cualquiera de las siguientes instancias:

- a. Mutuo acuerdo.
- b. Al proceso mediación y arbitraje de conformidad a lo establecido en el artículo Arbitraje de esta Póliza.
- c. A los jueces competentes de conformidad con la ley.
- d. Reclamo Administrativo en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Si el Asegurado o Beneficiario no se allana a las objeciones de la Compañía respecto al pago de la indemnización, también podrá presentar el reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la Compañía que justifique su negativa al pago.

El organismo de control dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo y ordenando el pago del siniestro después de notificada la resolución, o negándolo.

El beneficiario estará facultado en todo momento para presentar un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, o a someter la controversia a la vía judicial, sin perjuicio de su facultad de acordar con la Compañía, una vez producido el siniestro, el sometimiento del conflicto al arbitraje u otro medio de solución de controversias.

Sin perjuicio de lo estipulado el beneficiario tiene la facultad para plantear directamente ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, el reclamo pertinente o acudir al juez competente sin necesidad de intentar acuerdo alguno.

ARTÍCULO 30: REHABILITACIÓN

Si por falta de pago de la prima hubiere caducado el contrato de seguro, dentro de los cinco (5) años posteriores a la fecha en que caduque la presente Póliza, el Asegurado podrá obtener su rehabilitación, siempre que cumpla con los requisitos que para el efecto debe contener el contrato de seguro.

La rehabilitación de esta Póliza sólo tendrá efecto legal a partir de la fecha en que la Compañía haya aprobado la solicitud de rehabilitación y comunicado por escrito al Asegurado la nueva aceptación del riesgo.

ARTÍCULO 31: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato o de la rehabilitación, el seguro de vida es indisputable.

Igualmente, cada uno de los certificados individuales de seguro emitidos en virtud de este contrato son indisputables transcurrido dos (2) años de vigencia, excepto lo dispuesto en la cláusula referente a la edad alcanzada por el Asegurado.

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza, el registro No. SCVS-1-2-CG-194-144004425-09052025, el 9 de mayo de 2025.

Lugar y Fecha:

EL CONTRATANTE

LA COMPAÑÍA

GUAYAQUIL: Av. Las Lomas 407 entre Calle 4ta y 5ta, Urdesa Central PBX: (593-4) 6007-700
CUENCA: Av. Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros. PBX: (593-7) 2840-080