

e) Voleibol **SEGUROS ALIANZA S.A.**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

Seguros Alianza S.A., que en adelante se denominará para los efectos del presente contrato, como la Compañía, en consideración a las declaraciones que el Asegurado ha realizado en la respectiva solicitud de seguro, las cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos como parte integrante del mismo, con sujeción a las condiciones que le rigen y de acuerdo con los términos convenidos, ampara los riesgos definidos en las cláusulas que se detallan a continuación durante la vigencia y dentro de los límites del valor asegurado pactados.

Los anexos que se emitan para aclarar, ampliar o modificar las condiciones de esta Póliza tendrán validez cuando cuenten con la aceptación de la Compañía y el Asegurado.

Esta Póliza se sujeta a las disposiciones del Código de Comercio; la Ley General de Seguros y su reglamento, así como la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros de la Junta de Regulación Monetaria Financiera y las Resoluciones de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Artículo 1. COBERTURA BÁSICA.

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará el valor asegurado por concepto de muerte, cuando a consecuencia de un accidente, se produzca una lesión que, dentro de un año posterior a su ocurrencia, cause la muerte del Asegurado.

Alcance de la cobertura.

Este seguro cubre al Asegurado por las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrirle en:

- a) En el ejercicio de la profesión u oficio declarados en la póliza.
- b) En el curso de su vida privada.
- c) Durante la permanencia en cualquier lugar del mundo.
- d) Durante el uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial y recorran itinerarios regulares y fijos; y, los que ocurran en el empleo regular, como conductor o pasajero, de vehículos automotores de uso particular.
- f) Durante la práctica como aficionado de las siguientes actividades: Atletismo, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y a motor, esgrima, gimnasia, golf, handball, jockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota vasca, pesca (salvo submarina y/o en alta mar), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, voleibol, waterpolo y fútbol.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la definición de accidente:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga, o por inmersión u obstrucción y la electrocución incluyendo el rayo.
- b) Rabia y otros similares, producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos.
- c) Carbunco o tétanos de origen traumático.
- d) Consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente póliza.
- e) Causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico, como fracturas, luxaciones en articulaciones 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.

Artículo 2. COBERTURAS ADICIONALES.

Mediante convenio expreso que constará en esta póliza, la Compañía cubre lo siguiente:

2.1. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE (TOTAL O PARCIAL).

La Compañía pagará al Asegurado, previa comprobación del hecho, los beneficios a que haya lugar de acuerdo con la tabla de indemnizaciones que consta en el literal "d" artículo de "LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS", si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produce una lesión que cause una de las pérdidas señaladas en ese numeral, dentro de un año posterior a su ocurrencia.

2.2. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía pagará los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis dentales que fueren necesarios, no así los aparatos ortopédicos, teniendo libertad la Compañía de designar en forma facultativa el hospital o clínica que considere convenientemente en caso de accidente cubierto por esta póliza.

2.3. GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE

La Compañía pagará, en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, previa presentación de los comprobantes correspondientes, los gastos incurridos por concepto de gastos de sepelio (cofre mortuario, sala de velaciones, nicho perpetuo, carroza entre otros).

Artículo 3. BENEFICIOS ADICIONALES.

3.1. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

La Compañía pagará de acuerdo al monto establecido en las condiciones particulares para esta cobertura, si a consecuencia exclusiva y directa de lesiones corporales sufridas por un accidente cubierto por la presente póliza, el

asegurado se encuentra temporalmente incapacitado para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana.

Artículo 4. EXCLUSIONES GENERALES.

La Compañía queda liberada de toda responsabilidad bajo la presente Póliza y, por lo tanto, no está obligada a efectuar indemnización, por muerte o lesiones resultantes de:

- a) Las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes o enfermedades amparados por la presente póliza, como: curas de reposo, enfermedad profesional, enfermedad mental, surmenage, endemias, epidemias, cáncer y enfermedades congénitas y/o preexistentes, afición o uso de drogas, estupefacientes, alcoholismo, diagnóstico (chequeo), radioterapia, radium o isotopos, acompañantes y cualquier otro gasto no ordenado por el médico tratante durante el período de hospitalización.
- b) Los denominados "Accidentes Médicos", tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.
- c) Los accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre, por cualquier causa, bajo la influencia de bebidas alcohólicas o embriagantes; de sustancias tóxicas, drogas, o en estado de sonambulismo.
- d) Los accidentes que sufra el Asegurado en servicio militar o de policía, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular; en actos delictuosos en que el Asegurado participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios; así como en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- e) Suicidio o su tentativa, así como las lesiones intencionalmente causadas por el Asegurado a sí mismo, o por los beneficiarios de esta póliza.
- f) Homicidio o su tentativa, salvo homicidio culposo ocurrido en accidente de tránsito.
- g) Accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como: sismos, erupciones volcánicas, inundaciones o similares, o a consecuencia de tales; y por fisión o fusión nuclear y los efectos que produzcan la contaminación radioactiva.
- h) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes notoriamente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el Asegurado, tales como carreras de automóviles, motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.
- i) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, insolaciones, intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- j) Actos que infrinjan leyes o reglamentos.
- k) Las consecuencias de accidentes como resultado de embarazos o partos.
- l) Accidentes cuando el Asegurado se encuentre conduciendo o viajando como pasajero de aviones privados.
- m) Accidentes como consecuencia de la práctica normal y no profesional de polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby, boxeo y esquí acuático.
- n) Curas de reposo, enfermedad profesional, enfermedades nerviosas;

- o) No pueden ser, ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave, tales como: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse una de estas situaciones durante el periodo contractual, se suspenden automáticamente los efectos del seguro.

Artículo 5. DEFINICIONES.

Para los fines de la presente Póliza, considerando todas sus condiciones generales, particulares y especiales, se definen expresamente los significados de los siguientes términos de uso común:

- **Contratante y/o tomador y/o solicitante:** Es la persona natural o Jurídica que contrata el seguro, por cuenta propia o de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos a la Compañía y en virtud de ello se compromete al pago de la prima correspondiente.
- **Asegurado:** Persona natural o jurídica que posee el interés asegurable e interesada en la traslación de los riesgos, con derecho al cobro de indemnizaciones que se produzcan como consecuencia de un siniestro a falta de beneficiario nombrado.
- **Beneficiario:** Persona natural o jurídica designada en esta Póliza por el Asegurado, como titular de los derechos de indemnización. Es quien ha de percibir la indemnización que corresponda, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto.
- **Siniestro:** Es la ocurrencia del evento o riesgo asegurado y reconocido en el contrato de seguros.
- **Accidente:** Se entiende por accidente para los efectos de esta póliza, el evento proveniente de fuerza externa debido a causas imprevistas, repentinas, fortuitas y ocasionales, que obrando súbitamente sobre la persona del Asegurado, independientemente de su voluntad, produzca lesiones corporales clínicamente comprobadas, las cuales ocasionen la muerte, una invalidez permanente total, parcial, una incapacidad temporal, o gastos médicos.

Artículo 6. VIGENCIA DEL SEGURO.

La presente Póliza entra en vigor y finaliza en las fechas y horas del seguro indicadas en las condiciones particulares, conforme haya sido aceptada por las partes y que el Asegurado pague la prima correspondiente según lo pactado; pudiendo renovarla de acuerdo a lo establecido en esta Póliza y en concordancia con las leyes vigentes correspondientes.

Artículo 7. ELEGIBILIDAD.

Son asegurables conforme a esta póliza, las personas que hayan cumplido cinco (5) años de edad. El seguro cesará automáticamente cumplido los sesenta y cinco (65) años de edad, en cuyo caso, la Compañía reembolsará la parte proporcional de la prima correspondiente al plazo no corrido del seguro. Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá solicitar el mantenimiento del seguro, pagando la prima adicional que ésta, en caso de aceptación, considere necesaria.

Artículo 8. EDAD DEL ASEGURADO.

Para efectos de esta Póliza se considerará la edad del Asegurado, la correspondiente al cumpleaños más próximo a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza.

Si la edad del Asegurado resultase mayor que la declarada, y siempre que no sobrepase el límite previsto por la Compañía para esta Póliza, el valor asegurado y demás valores acordados por esta Póliza se reducirán a las sumas que, dada la prima pagada, correspondan proporcionalmente a la prima de la edad real.

Si la edad 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 real en tanto y en cuanto el nuevo valor asegurado resultante no dé lugar a la solicitud de requisitos adicionales de selección por parte de la Compañía.

De acontecer esto último, la Compañía se reserva la facultad de solicitar los requisitos adicionales que estime necesarios o procederá a devolver al Contratante o a los Beneficiarios, según corresponda, el monto del excedente de primas cobradas sin intereses sobre las mismas, procediendo asimismo a reajustar las primas futuras.

Cuando se comprobase que la edad del Asegurado a la fecha de contratarse esta Póliza sobrepasaba la máxima establecida y aprobada para esta Póliza, la misma será considerada según lo estipulado en el artículo de Declaración falsa o reticencia.

Artículo 9. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El Asegurado designará por escrito a la iniciación de esta Póliza, uno o más Beneficiarios junto con su correspondiente porcentaje de participación, los cuales se encontrarán detallados en las condiciones particulares de esta Póliza.

En caso de existir más de un Beneficiario sin determinación de sus correspondientes porcentajes de participación, se entenderá que cada uno de ellos lo hará en idéntico porcentaje.

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.

Cuando se designe a los hijos, se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

De no haber Beneficiarios designados, o en caso de muerte simultánea del Asegurado y de los Beneficiarios, la indemnización será entregada a los herederos legales.

Artículo 10. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento al Beneficiario o a los Beneficiarios designados.

Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que ésta sea notificada por escrito y no tendrá efecto sino después que la Compañía haya dejado constancia de tal modificación en esta Póliza.

Cuando la designación sea a título oneroso y ello conste en esta Póliza no se admitirá el cambio sin la expresa conformidad del Beneficiario designado.

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 aquellos 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.

La Compañía quedará liberada si actuando diligentemente hubiere pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación escrita que modificará esa designación.

Artículo 11. 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.

Artículo 12. DEDUCIBLE.

El Asegurado o beneficiario soportará, en todo siniestro, el valor fijo, monto mínimo o porcentaje que se pacte como deducible, el mismo que será descontado del monto de la indemnización, debiendo la compañía aplicar el mayor valor, sea este porcentaje, valor fijo o monto mínimo convenido.

En todo caso, el deducible a aplicarse, será aquel convenido y determinado en las condiciones particulares de la presente Póliza.

Artículo 13. DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA.

El Asegurado o el solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, según los cuestionarios o formularios que la Compañía proporcione para el efecto de conformidad con la ley vigente. La reticencia o la falsedad respecto de aquellas circunstancias que, conocidas por la Compañía, la hubieren hecho desistir de la celebración del contrato o le hubieren inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa al contrato de seguro. Por lo tanto, respecto de dichos riesgos, la Compañía queda exenta de responsabilidad con relación al pago de indemnizaciones que sean reclamadas.

La nulidad referida anteriormente, se entiende saneada por el conocimiento por parte de la Compañía de dichas circunstancias antes de perfeccionarse el contrato, o después si las acepta expresamente.

El Asegurado deberá llenar la solicitud de seguro y el formulario de Declaraciones; y, declarar con veracidad todas las circunstancias necesarias que permitan a la Compañía apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.

Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de la Póliza, notificando al Asegurado dicho acto.

En el caso de que la Compañía haya indemnizado un siniestro fraudulento la Compañía tiene el derecho de hacerse reintegrar, por el Asegurado o por quien sea culpable de las declaraciones inexactas, las cantidades que la misma hubiese satisfecho por indemnización y gastos de toda clase, desde el día en que tuvo lugar la falsa declaración o reticencia.

Artículo 14. REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD.

Los requerimientos de asegurabilidad de la presente Póliza son los siguientes: solicitud de seguro y declaración de beneficiarios.

Artículo 15. MODIFICACIONES DEL ESTADO DEL RIESGO.

Es obligación del Asegurado mantener el estado del riesgo en los términos asumidos por la Compañía. En caso de que existan modificaciones a dicho riesgo o éste se agrave, el Asegurado deberá notificar a la Compañía estos hechos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la modificación o agravamiento del riesgo, si éste depende de su propio arbitrio; y, si el hecho le es extraño, dentro de los cinco (5) días siguientes a que tenga conocimiento de dicho hecho. En ambos casos, la Compañía tiene derecho a dar por terminado el contrato si la modificación es producto de mala fe, dolo o fraude; o caso contrario, podrá exigir un ajuste en la prima, generando para ello el endoso respectivo.

La falta de notificación da derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato, pero la Compañía tendrá derecho a retener, por concepto de pena, la prima devengada. No es aplicable la terminación ni la sanción de que trata el inciso anterior si la Compañía conoce oportunamente la modificación del riesgo y, consiente en ella expresamente por escrito.

Artículo 16. PAGO DE PRIMA.

El Asegurado o el Contratante están obligados al pago de la prima, así como de todos los anexos que generen prima.

El solicitante del seguro está obligado al pago de la prima en el plazo de treinta (30) días desde perfeccionado el contrato, a menos que las partes acuerden un plazo mayor. En el seguro celebrado por cuenta de terceros, el solicitante debe pagar la prima, pero la Compañía podrá exigir su pago al asegurado, o al beneficiario, en caso de incumplimiento de aquel.

Las primas son pagaderas contra recibo oficial de la Compañía, cancelado a la persona autorizada para la cobranza. A falta de corresponsales bancarios, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía.

Si el Asegurado estuviere en mora, tendrá derecho a la cobertura por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; fenecido dicho plazo, se suspenderá la cobertura. La Compañía hará conocer al asegurado o beneficiario sobre este hecho por cualquier medio. 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, se le notificará la terminación automática del mismo, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación. Lo dispuesto en este inciso no podrá ser modificado por las partes.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa valido sino cuando este se haya hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae 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.

Artículo 17. RENOVACIÓN.

La presente Póliza podrá renovarse por períodos consecutivos, para lo cual será necesaria la aceptación previa y expresa voluntad de las partes de renovarla y deberá de manera obligatoria ratificarse o modificarse las condiciones de la misma; el Asegurado deberá cancelar el valor de la prima de renovación correspondiente, conforme a los valores que se acuerden en el proceso de renovación.

La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado acerca del vencimiento de la póliza y podrá reservarse en todo caso el derecho a no efectuar la referida renovación.

Artículo 18. SEGURO EN OTRAS COMPAÑÍAS.

Cuando existan varias Pólizas sobre el mismo riesgo con diversas Compañías, el Asegurado debe comunicar el siniestro a todas las Compañías, indicando a cada uno de ellos el nombre de los otros. El Asegurado puede pedir a cada Compañía la indemnización proporcional a la respectiva Póliza; las sumas cobradas en conjunto no pueden superar al monto del daño.

Así también, 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 19. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

Durante la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado o el Contratante podrá solicitar de manera unilateral la terminación anticipada de la Póliza, mediante notificación a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido. La terminación unilateral por parte del Compañía solo podrá ser realizada en los casos previstos en el Código de Comercio vigente, y en caso de liquidación.

En cualquiera de estos casos antes citados, las partes deberán notificar su decisión por escrito, pudiendo hacerlo incluso por medios electrónicos y se liquidará la prima en forma proporcional por el tiempo no devengado.

La presente Póliza también terminará de manera anticipada en los siguientes casos:

- a) Por muerte (persona natural) o liquidación forzosa (persona jurídica) del Asegurado.
- b) Por decisión unilateral o por mutuo acuerdo de las partes.

Artículo 20. AVISO DE SINIESTRO.

El Asegurado o el Beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, a la Compañía o su intermediario, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este término puede ampliarse, más no reducirse, por acuerdo de las partes.

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

El Asegurado podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, de cumplir con este deber.

Artículo 21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado o Beneficiario, al ocurrir un siniestro que pudiere dar lugar a indemnización conforme a lo estipulado en esta Póliza está obligado a:

- a) Probar que el siniestro ha ocurrido, el cual se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.
- b) Comprobar la cuantía de la indemnización a cargo de la Compañía.
- c) Llenar el formulario que para el efecto le proporcione la Compañía detallando todas las circunstancias relativas al siniestro.
- d) Avisar a la Compañía cualquier siniestro, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento del mismo.
- e) Entregar a la compañía toda la información y documentación relacionada con el accidente ocurrido.
- f) Permitir el libre acceso al lugar donde se encuentra el Asegurado afectado, de los médicos u otros funcionarios, autorizados por la Compañía.
- g) Entregar a la Compañía una relación detallada de todos los seguros que existan sobre los mismos riesgos.

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 correspondiente ley sobre la Póliza.

Artículo 22. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS.

El Asegurado, para hacer efectivos sus derechos, dentro de los términos, condiciones y estipulaciones que rigen esta póliza, el Asegurado o Beneficiario deberá formalizar la reclamación ante la Compañía, a su costa, presentándola acompañada de la correspondiente declaración detallada del siniestro y de los documentos que a continuación se relacionan:

- a) Acta de declaración por ocurrencia del siniestro suscrita por el Asegurado o beneficiario.
- b) Informe amplio y detallado de los hechos ocurridos, precisando la fecha, lugar, circunstancias de ocurrencia y las causas que los generaron; así como el nombre, apellidos, edad, documento de identidad y domicilio del Asegurado accidentado.
- c) Informe de las autoridades competentes.

- d) Cuando se trate de daños corporales por lesiones: certificado médico, diagnóstico médico, original de las facturas o cuentas de gastos médicos y/o hospitalarios, etc. Por muerte: certificado médico de defunción que determine la causa de la muerte, partida de defunción, identificación de los causahabientes reclamantes y los documentos que acrediten su derecho, original de las facturas o cuentas por atención del fallecido y gastos de sepelio.

Artículo 23. DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Tan pronto como ocurra un siniestro amparado por la presente Póliza, sin que por ello pueda exigirse a la Compañía daños y perjuicios o se lo interprete como aceptación del reclamo, la Compañía tendrá derecho a:

- a) Realizar las investigaciones necesarias para determinar todo lo relacionado con el accidente y sus consecuencias, a través de sus funcionarios o peritos asignados.
- b) Realizar los exámenes médicos que considere necesarios, a través de los profesionales de la salud que cuenten con la respectiva autorización de las entidades competentes y que hayan sido designados por la compañía.

En caso de que el Asegurado o cualquier otra persona que actuase por el mismo, le obstaculice o impida el ejercicio de estas facultades, perderá todo derecho a indemnización.

Artículo 24. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho o acción originados en esta Póliza en los siguientes casos:

- a) Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en pruebas falsas.
- b) Por la omisión, no justificada, de la obligación de notificar a la Compañía o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro.
- c) Cuando prescriban los derechos al pago de la indemnización.

Artículo 25. LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO.

Con fundamento en el principio legal indemnizatorio del contrato de seguro, según el cual este contrato es de mera indemnización y por lo tanto no podrá constituir motivo de lucro para el Asegurado, se determinan las siguientes bases de indemnización:

- a) Los montos que deba pagar la Compañía por concepto de indemnización, en virtud de la ocurrencia de cualquiera de los riesgos cubiertos por la presente Póliza, no podrán exceder, en ningún caso, de las sumas fijadas como límites para cada uno de los riesgos amparados, sin que se pueda compensar la diferencia de valor asegurado de algunos de los riesgos amparados con el exceso de otros.
- b) Cuando un accidente amparado por esta póliza cause la muerte del Asegurado, la Compañía pagará la cantidad convenida a la persona o personas designadas como beneficiarios en esta póliza. En caso de no haber tal designación, el beneficio será pagado a los herederos legítimos o testamentarios. Si fueren dos o más los beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción 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.

- c) En caso de muerte del Asegurado a consecuencia de accidente amparado por la póliza, se considerará ganada por la Compañía la prima total pactada, por lo que descontará el saldo de la prima que estuviere adeudando el Asegurado sobre esta póliza de la liquidación del siniestro.
- d) Cuando un accidente amparado por esta póliza, causara invalidez permanente al Asegurado, ya sea total o parcial, la Compañía pagará el beneficio que corresponda a éste, de acuerdo con la siguiente tabla de beneficios:

Invalidez permanente total.

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de Columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de ambos ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y un pie o un brazo y un pie	100%

Invalidez 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 inocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros Superiores	Derecho	Izquierdo
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 (seudo Artrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	15%	12%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice de la mano	16%	14%
Pérdida del dedo medio de la mano	12%	10%
Pérdida del dedo anular de la mano	10%	08%
Pérdida del dedo meñique de la mano	06%	04%

Miembros Inferiores	
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Fractura no consolidada de un muslo (seudo Artrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudo Artrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudo Artrosis total)	20%
Anquilosis de cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	08%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm	08%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	04%

- e) Cuando el accidente amparado por esta póliza causara incapacidad temporal para el trabajo, el beneficio diario contratado empezará a partir del día en que se inicie el tratamiento médico y terminará al fin de dicho tratamiento, descontándose los días de deducible que se hubieran pactado en esta póliza, sin que en ningún caso pueda exceder de 365 días. En caso de que hubiere contratado el presente seguro sin deducible, el beneficio diario empezará a contarse desde el inicio del tratamiento médico respectivo y terminará al fin de dicho tratamiento, sin que en ningún caso pueda exceder de los 365 días.
- f) Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a beneficios por muerte e invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya pagado por invalidez permanente, la Compañía deducirá de la suma asegurada por muerte, el beneficio pagado por invalidez permanente.
- g) Si el Asegurado sufre varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la póliza, los beneficios fijados por invalidez permanente no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada por este concepto, pero los beneficios por incapacidad temporal y gastos de curación se pagarán independientemente y sin perjuicio de los beneficios que puedan corresponder para los casos de muerte y/o invalidez permanente.
- h) Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- i) La pérdida parcial del miembro u órgano será pagada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudo artrosis, el beneficio no podrá exceder el 70% del que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.
- j) La pérdida de las falanges de los dedos será pagada solo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y el beneficio será igual a la mitad del que correspondería por pérdida del dedo entero, si se tratara del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratara de otros dedos.

- k) 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 100% de la suma asegurada.
- l) El beneficio por lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de beneficios, constituyeran 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, sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.
- m) En caso de constar en esta póliza que el Asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes de los beneficios fijados por la pérdida de los miembros superiores.
- n) La Compañía no estará obligada a pagar, en ningún caso intereses, daños ni perjuicios por los valores que adeude el Asegurado, como resultado de un siniestro, y 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 precautelatoria solicitada por terceros y ordenada por autoridad competente.
- o) Todas las operaciones referentes a esta Póliza, se expresarán en dólares de los Estados Unidos de América; en caso de que, por pérdida o conveniencia del Asegurado, se requiera realizar la operación en moneda extranjera, tanto el pago de la prima como el pago de la indemnización, se lo realizará en la moneda pactada. La cotización de la moneda se la realizará el día del pago tanto de la prima como de la indemnización.
- p) La indemnización es pagadera en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción del bien asegurado, a opción de la Compañía.
- q) El Asegurado o beneficiario, cuenta con la alternativa de que a efectos de realizarle reembolsos y pagos de siniestros la compañía pueda utilizar transferencias o medios de pago electrónicos, toda vez se le proporcione la información necesaria y requerida para el uso de estos mecanismos.

Artículo 26. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Recibida la notificación de la ocurrencia de un siniestro, la Compañía tramitará el requerimiento de pago una vez que el Asegurado o Beneficiario formalice su solicitud presentando los documentos previstos en la Póliza y pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía de este.

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 aceptará o negará, 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.

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

Con la negativa u objeción, total o parcial, el Asegurado podrá iniciar las acciones señaladas en el artículo 42 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

Artículo 27. RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

Queda convenido y declarado que, en caso de indemnización por cualquier pérdida parcial cubierta por esta Póliza, se reducirá la suma asegurada en proporción igual al valor que se indemnice a consecuencia del siniestro. La compañía y el asegurado convienen en efectuar la inmediata restitución de la suma asegurada mediante el pago de la prima adicional por parte del Asegurado, calculada a prorrata desde la fecha del siniestro hasta la fecha de vencimiento de esta Póliza.

Artículo 28. 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 domicilio de la Compañía o en el lugar donde se hubiera emitido la Póliza. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

Artículo 29. NOTIFICACIONES.

Cualquier declaración que deban notificarse las partes para efectos de la presente Póliza deberá hacerse por escrito, dirigida al último domicilio conocido por la otra parte.

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

Artículo 30. JURISDICCIÓN.

Todo litigio que se suscitare entre la Compañía y el solicitante, Asegurado o beneficiario, con motivo de este contrato de seguros, se somete a la Jurisdicción Ecuatoriana.

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

Artículo 31. 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 32. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

El Asegurado en caso de conflicto puede acudir a las diferentes instancias citadas a continuación según sea el caso:

- a) Mediación y/o Arbitraje;
- b) Reclamo Administrativo; o,
- c) Justicia ordinaria es derecho de cada persona acudir a los jueces competentes de conformidad con la Ley

Dichas instancias deben guardar relación y fundamento con lo tipificado en la Ley General de Seguros, Código de Comercio y Norma para la determinación de cláusulas obligatorias y prohibidas del contrato de seguro, en lo que fuere aplicable.

Artículo 33. EXAMEN MÉDICO.

La Compañía a su costo, tendrá derecho de hacer examinar físicamente a la persona del Asegurado, cuando a bien tenga y tan frecuentemente como lo estime razonablemente necesario, durante el tiempo que esté pendiente una reclamación; también tendrá derecho de hacer practicar una autopsia, en caso de reclamación por muerte, en los casos en que no esté prohibida por Ley y por las autoridades competentes y cuenten con la respectiva autorización de las entidades competentes.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes condiciones generales el número de registro SCVS-3-4-CG-4-52004420-10112020, el 10 de noviembre de 2020.