

Mapfre Ecuador Compañía De Seguros S.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVA
CONDICIONES GENERALES

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley General de Seguros y demás normas y disposiciones legales promulgadas que puedan afectar al contrato de seguro, por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales, Particulares y, en su caso, sus correspondientes Anexos y Suplementos a dicho contrato.

La información proporcionada por el Tomador del Seguro y las respuestas indicadas en las solicitudes de los Asegurados son las bases que ésta ha tenido en cuenta para determinar la prima aplicable y aceptar la emisión de la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas o anexos acordados, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de treinta (30) días, a contar desde la fecha de entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente, vencido este plazo tales documentos se considerarán aceptados y definitivos.

ARTICULO 1. AMPARO O COBERTURA BÁSICA

Muerte por cualquier causa

En virtud de este seguro de vida, siempre que se encuentre vigente y dentro del periodo temporal previsto en las condiciones particulares de esta Póliza, la Compañía, mediante el cobro de una prima y para el caso que se produzca la muerte legalmente comprobada del Asegurado por cualquier causa, dentro o fuera del país, se obliga a pagar la suma asegurada pactada en dichas condiciones particulares, a los beneficiarios designados en la solicitud de seguro, que forma parte integrante de este contrato.

ARTICULO 2. AMPAROS O COBERTURAS ADICIONALES

Esta póliza podrá cubrir además los riesgos que se especifiquen en los anexos o cláusulas especiales, que se adhieran y formen parte integrante de este contrato, siempre que, en caso de ser requeridas por el Tomador y/o Asegurado, éstas consten señaladas en las condiciones particulares, sujeto al pago de la prima correspondiente.

ARTICULO 3. EXCLUSIONES GENERALES

Se excluye la muerte, si el fallecimiento fuere causado por suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, ocurrido durante los dos (2) primeros años ininterrumpidos contados desde la inclusión del asegurado en la presente Póliza. En caso de una rehabilitación de la póliza posterior a la inclusión del asegurado, el tiempo que se define se contará a partir de la fecha de su última rehabilitación.

Si posterior al plazo establecido en el párrafo anterior, el Asegurado aumentare la suma asegurada y si el suicidio ocurre dentro de los dos (2) primeros años de dicho aumento, la compañía pagará la suma asegurada original y no el incremento.

ARTICULO 4. DEFINICIONES

Asegurado: Persona natural sobre la cual recae el riesgo, sujeto de la presente Póliza.

Compañía:	Mapfre Ecuador Compañía de Seguros S.A. Compañía que asume los riesgos de la presente Póliza.
Tomador del seguro:	Persona que suscribe este contrato con la Compañía y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.
Beneficiario:	Persona o personas designadas por el Asegurado y a quienes éste reconoce el derecho de percibir la indemnización.
Siniestro:	Hecho causal o generador cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza. El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro. Constituye la ocurrencia del evento o riesgo asegurado previsto en esta póliza y que activa la obligación de la Compañía de pagar a los beneficiarios el capital asegurado, bajo los términos establecidos entre las partes.
Grupo asegurable:	Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro, pero diferente a éste, que cumple con las condiciones para ser asegurado.
Grupo asegurado:	Son elegibles para pertenecer al grupo asegurado y por tanto, adquirir la condición de asegurados, el grupo de personas que pertenecen al grupo asegurable y que cumplen con las condiciones de elegibilidad y asegurabilidad.
Accidente:	Como “accidente” se entenderá al suceso causado por hechos externos, violentos, súbitos, fortuitos e imprevistos, ajenos a la intencionalidad del Asegurado y que dan lugar a una lesión corporal. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un mismo accidente se considerarán como un solo evento.
Ámbito Territorial:	Las coberturas de la póliza son de aplicación, salvo pacto o estipulación en contrario, en cualquier lugar del mundo.
Gastos razonables y acostumbrados:	Corresponde a aquellos costos médicos que no excedan el nivel usualmente cobrado por otros proveedores similares de servicios médicos, por un servicio igual o equivalente dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio y a causa de un accidente que requiera tratamiento y/o procedimiento médico preciso, forzoso e inevitable.
Requisitos de asegurabilidad:	Requisitos establecidos por la Compañía para considerar que el solicitante del seguro puede ser cubierto por la Póliza atendiendo al riesgo que representa. A toda inclusión el Solicitante adjuntará los requisitos de asegurabilidad indicados en las condiciones particulares.

ARTICULO 5. VIGENCIA

Los riesgos asegurados por cuenta de la Compañía, al igual que las obligaciones por ella asumidas en razón de este contrato, entran en vigor y finalizan en las fechas de inicio y fin de vigencia que respectivamente se indican en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de no especificarse la hora, se entenderá que inicia y/o termina a las 12h00 (doce del meridiano).

ARTICULO 6. ELEGIBILIDAD

Se consideran elegibles para esta Póliza, las personas naturales con edades comprendidas entre las edades estipuladas en las condiciones particulares o en el certificado individual de seguro, acorde a las características del grupo asegurado. En caso de no indicarse, se entenderán asegurables las personas naturales con edades entre los dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años (ambas inclusive) a la fecha de su inclusión en la presente Póliza y hasta el día en que el Asegurado cumpla el límite máximo de la edad estipulado en la Póliza.

Las personas naturales que conformen el grupo asegurable y que en lo posterior soliciten ser parte del grupo asegurado, deberán solicitarlo por escrito en los formularios que proporcionará la Compañía para el efecto; de ser favorable su inclusión, la Compañía emitirá el respectivo certificado individual de seguro. Los Asegurados que reingresen a esta Póliza podrán hacerlo a partir de que la nueva solicitud de seguro sea aceptada por la Compañía.

Las personas naturales que conformen el grupo asegurable y que soliciten su incorporación a esta Póliza, así como los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán acreditar obligatoriamente el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía en la Póliza, para la evaluación correspondiente previo a su inclusión.

ARTICULO 7. EDAD DEL ASEGURADO

Para efectos de la presente Póliza se considerará la edad actuarial del Asegurado, la cual se obtiene tomando la edad correspondiente a la fecha del cumpleaños más cercano, anterior o posterior, en el momento de la contratación del seguro y, en caso de que coincida el periodo, se toma como referencia la fecha futura.

Si la edad real es 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 se reducen proporcionalmente en relación matemática con la prima efectivamente pagada.

Si la edad real es menor, el valor asegurado y demás valores acordados se aumentarán proporcionalmente en la forma antes indicada, 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 darse esto último, la Compañía se reserva la facultad de solicitar los requisitos adicionales que estime necesarios o procederá a devolver al Tomador del seguro y/o Asegurado o a los beneficiarios, según corresponda, la suma del excedente de primas cobradas sin intereses sobre las mismas, procediendo asimismo a reajustar las primas futuras.

En caso de que se comprobase que la edad del Asegurado a la fecha de contratarse este seguro sobrepasaba la máxima establecida y aprobada para este plan de seguro, el mismo será considerado nulo.

ARTICULO 8. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Los beneficiarios son los declarados en la solicitud del seguro y percibirán el monto del seguro, en las proporciones señaladas en la misma.

Designadas varias personas sin indicación de los respectivos porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario falleciere antes que el titular Asegurado, el interés de dicho beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de los beneficiarios restantes, salvo que el titular Asegurado, haya designado otro beneficiario.

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

En caso de no designarse beneficiario o la designación se haga ineficaz o nula por cualquier causa, la indemnización será entregada a los herederos legales.

En caso de designación de un beneficiario a título oneroso, sólo podrá ser cambiado cuando éste lo autorice por escrito.

Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge y los herederos legales del asegurado, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

ARTICULO 9. CAMBIO DE BENEFICIARIO

Los beneficiarios podrán ser cambiados por el Asegurado tantas veces quiera en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía. El cambio surte efecto en el momento de recibir la Compañía la comunicación y después que haya dejado constancia de tal modificación en esta Póliza.

En caso de designación de un beneficiario a título oneroso, éste sólo podrá ser cambiado cuando este lo autorice por escrito. 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 Tomador del seguro y/o Asegurado ni por los beneficiarios, sean estos iniciales o posteriores, ni por sus herederos.

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 modificare esa designación.

ARTICULO 10. SUMA ASEGURADA

Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza que representa el límite máximo de la indemnización prevista en la Póliza que satisfará la Compañía en caso de acaecimiento de la contingencia contemplada en alguno de los amparos cubiertos por la Póliza.

ARTICULO 11. LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado en las condiciones particulares de la presente Póliza. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere tenido que pagar la Compañía como consecuencia de un sólo accidente, excediere de dicho límite, la Compañía pagará a cada Asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda del límite agregado de responsabilidad. Esta estipulación será aplicable únicamente cuando bajo la presente Póliza se otorgue cobertura a un número plural de Asegurados.

ARTICULO 12. DECLARACION FALSA O RETICENCIA

El Asegurado o el Solicitante, según sea el caso, está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía, y de conformidad con la ley vigente.

El cumplimiento de esta obligación se limita a revelar hechos o circunstancias que, siendo efectivamente conocidos por el Asegurado o 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. La reticencia o falsedad acerca de la declaración del solicitante vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado mencionada en el artículo denominado Edad del asegurado.

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.

Terminado el contrato o rescindido el contrato por los vicios a que se refiere la disposición anterior, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, notificando en ambos casos al Asegurado y/o Solicitante.

ARTICULO 13. REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurado deberá llenar y suscribir los siguientes documentos que forman parte integrante de la póliza, según corresponda:

- Solicitud de Seguro;
- Declaración de salud;
- Declaración de asegurabilidad;
- Declaración de Beneficiarios;
- Cuestionario médico ampliado;
- Informe del médico examinador;
- Exámenes médicos.

Los requisitos de asegurabilidad de cada candidato al seguro ingresan a un proceso de suscripción y análisis del Auditor Médico de la Compañía para determinar las condiciones de su inclusión como asegurado a la Póliza (aceptación, rechazo o modificación de las condiciones individuales).

Cabe indicar que en función a la edad y a la suma asegurada acumulada al momento de la inclusión del candidato al seguro en la presente Póliza, la Compañía se reservará el derecho de solicitar uno o más de los requisitos indicados en este artículo, si así lo dispone.

ARTICULO 14. PAGO DE PRIMA

Como contraprestación a los riesgos asumidos por la Compañía, el Tomador deberá pagar el valor que se establece en la Condiciones Particulares de esta póliza, este valor se pagará por anualidades anticipadas. No obstante lo anterior, la Compañía podrá otorgar al Tomador facilidades para el pago,

mediante su fraccionamiento en primas periódicas, pagaderas por parte del Tomador por períodos anticipados y de acuerdo al fraccionamiento establecido en las Condiciones Particulares. De esta manera, el pago de las primas puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.

Sin perjuicio de lo dispuesto en leyes orgánicas vigentes, la falta de pago de la prima por más de treinta (30) días desde perfeccionado el contrato o sus anexos, producirá la caducidad del contrato o del anexo correspondiente, salvo lo establecido en el código de comercio y demás normativa aplicable.

En los casos de seguros de vida entera, éstos no se considerarán caducados por falta del pago de la prima mensual, siempre que se hayan pagado las primas correspondientes a los dos (2) primeros años y cuando la Compañía aceptare otorgar fraccionamiento, 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. Se exceptúan de esta disposición los seguros temporales en caso de muerte, sean individuales o de grupo, y otros que fueren expresamente autorizados por la entidad competente del control y vigilancia de los seguros.

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

El pago de la prima debe hacerse en el domicilio del asegurador o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados para recibirla. Si el pago se hace al agente o intermediario de seguros, su entrega se reputará válida y se entenderá como entregada al asegurador mismo.

ARTICULO 15. RENOVACIÓN

Sin perjuicio de lo estipulado en el artículo Terminación Anticipada, esta Póliza podrá renovarse a su vencimiento mediante el pago de la prima que la Compañía tenga en vigor al tiempo de la renovación, por el periodo que se señalará en el respectivo certificado de renovación, el mismo que requerirá de la aceptación previa y expresa del Tomador, que deberá estar suscrito por las partes contratantes para que se considere válida y surta sus efectos, formalizadas por escrito o a través de cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico, reconocidos por la legislación ecuatoriana.

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.

ARTICULO 16. SEGUROS EN OTRAS COMPAÑÍAS

El asegurado puede contratar más de un seguro de vida y cada seguro pagará a los beneficiarios el capital asegurado en cada póliza, la Compañía no limitará los derechos a la indemnización de la presente Póliza, siempre que goce del amparo correspondiente y la causa no corresponda a alguna de las detalladas en las exclusiones del presente contrato.

Cuando el Asegurado tenga otros seguros de vida con diversos aseguradores, el Asegurado o Beneficiario debe comunicar el siniestro a todos los aseguradores, indicando a cada uno de ellos el nombre de los otros.

ARTICULO 17. TERMINACION ANTICIPADA

El Asegurado, en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, podrá solicitar de manera unilateral la cancelación anticipada de esta póliza, notificándolo por escrito a la Compañía, devolviendo el original de esta póliza y certificado de seguro. Efectuada la notificación quedará cancelada esta póliza y la Compañía devolverá al Asegurado la parte de prima que corresponda calculada a prorrata por el tiempo de vigencia no transcurrido. En ningún caso la Compañía puede revocar unilateralmente el contrato de seguro de vida.

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

Además, se podrá dar por terminada la cobertura de la póliza en los siguientes casos:

- a) Para el amparo básico, en el vencimiento anual inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia que se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza
- b) Una vez se hayan pagado las indemnizaciones acordadas en esta póliza para el amparo básico. El interés asegurable existe desde la fecha en que la Compañía asume el riesgo hasta la fecha del siniestro, que condiciona la obligación a su cargo, por tanto, la desaparición del interés asegurable lleva consigo la cesación o extinción automática del contrato de seguro.
- c) Cuando disminuya el número de asegurados, siempre que el grupo asegurado final sea menor al número mínimo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- d) Al perder su calidad de ser parte del grupo asegurable y no pertenecer al grupo asegurado.

ARTICULO 18. AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado o su(s) beneficiario(s) están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, a la Compañía, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el beneficiario podrá dar aviso del siniestro a la Compañía, dentro de tres (3) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro. 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.

El Asegurado o beneficiario podrá siempre justificar, por fuerza mayor o caso fortuito, su imposibilidad en dar aviso oportuno del siniestro, con el fin de no perder su derecho a reclamar la indemnización. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro por fallecimiento podrá exceder el tiempo señalado en el Código de Comercio y normativa vigente.

ARTICULO 19. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACION DE SINIESTROS

El Tomador del Seguro o el Beneficiario están obligados a presentar la siguiente documentación:

En caso de fallecimiento del Asegurado:

- a) Formulario de reclamación debidamente diligenciado, lleno y firmado,
- b) Partida de nacimiento o copia de la cédula de identidad del Asegurado.
- c) Certificado de defunción emitido por el Registro Civil del Ecuador.
- d) Informe estadístico de defunción general del INEC.
- e) Certificado de inhumación y sepultura.
- f) Certificado de autopsia.
- g) Partida de nacimiento o cédula de identidad de los beneficiarios.
- h) Copia de Historia Clínica completa del Asegurado.
- i) Posesión efectiva de Bienes a favor de los beneficiarios legales (en caso de no haber designación de beneficiarios).
- j) Acta de levantamiento de cadáver o parte policial (en el caso que aplique).
- k) En caso de accidente de tránsito, se deberá adjuntar el informe de las autoridades de tránsito (en el caso que aplique).
- l) Declaratoria de muerte presunta, publicaciones.

Cabe indicar que la Compañía se reservará el derecho de solicitar y el Tomador tendrá la obligación de presentar, uno o más documentos relacionados con el siniestro en adición de los indicados, si así lo dispone la Compañía.

ARTICULO 20. DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Solicitar cuanta información pueda necesitar respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.

Acceder al reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Compañía, así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

En el caso que la Compañía haya indemnizado un siniestro posterior a una declaración falsa o reticencia, ésta tiene el derecho de hacerse reintegrar por el Asegurado o Beneficiario 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.

ARTICULO 21. PERDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACION

El asegurado o el beneficiario, según sea el caso, pierden sus derechos al cobro del presente seguro en los siguientes casos:

- a) Por la ausencia sobrevenida de un interés asegurable.
- b) Si el beneficiario, como autor o cómplice, hubiese provocado intencionalmente la muerte del Asegurado, pierde el derecho de cobrar el valor del seguro.
- c) Por mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, o de su importe.
- d) Cuando la reclamación fuere fraudulenta.
- e) Por la omisión, no justificada, de la obligación de notificar a la Compañía o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro.
- f) Cuando prescriban los derechos al pago de la indemnización.

ARTICULO 22. LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

Durante la vigencia de esta Póliza y siempre que los derechos de la misma no estuvieren cedidos a terceros, el Asegurado podrá escoger la forma de liquidación del valor asegurado, la cual se especificará en las condiciones particulares de esta Póliza.

En caso de no especificarse en las Condiciones Particulares la periodicidad del pago de la Suma Asegurada se entenderá que se indemnizará mediante un único pago. En caso de que se establezca que el pago de la indemnización se realizará en forma fraccionada prevalecerá la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 23. PAGO DE LA INDEMNIZACION

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.

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, conforme a lo estipulado en el Código de Comercio y normativa vigente aplicable.

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.

La Compañía no está obligada a pagar, en ningún caso, intereses, daños ni perjuicios por los valores que adeude a los beneficiarios o herederos legales, como resultado del siniestro, y cuyo pago fuere diferido con motivo de cualquier acción judicial entre aquellos y la Compañía.

La Compañía podrá deducir del monto a liquidar cualquier suma que se le adeude por esta Póliza así como también el monto de las primas aún no vencidas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

A efectos de llevar a cabo reembolsos y pagos de siniestros al Asegurado o Beneficiario, la Compañía utilizará en todo caso transferencia o medios de pago electrónicos.

ARTICULO 24. 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. Los árbitros deberán juzgar en función a las disposiciones legales vigentes y establecidas para el contrato de seguro. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

ARTICULO 25. NOTIFICACIONES

Todas las comunicaciones entre las partes contratantes que requiera el cumplimiento del presente contrato de seguro deberán hacerse por escrito. Las del Asegurado deberán dirigirse al domicilio de la Compañía y las de la Compañía serán enviadas al domicilio del Asegurado o utilizando los medios permitidos de acuerdo con la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de Datos, para lo cual la póliza también deberá contener los medios de contacto del Asegurado y del o los beneficiarios, tales como teléfonos o correos electrónicos.

ARTICULO 26. JURISDICCION

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 beneficiarios, en el domicilio del demandado.

ARTICULO 27. PRESCRIPCION

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 beneficiario o asegurado 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.

ARTICULO 28. SOLUCION DE CONFLICTOS

El Tomador del seguro o el beneficiario puede acudir a las diferentes instancias:

- a) Mediación y/o Arbitraje.
- b) Reclamo Administrativo.

- c) Justicia ordinaria es derecho de cada persona acudir a los jueces competentes de conformidad con la Ley.

ARTICULO 29. REHABILITACION

Dentro de los cinco (5) años posteriores a la fecha en que caduca la Póliza, el Asegurado puede solicitar la rehabilitación de esta, presentando pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía y pago de las primas correspondientes. La rehabilitación solo producirá efecto a partir de la fecha en que la Compañía haya aprobado la solicitud de rehabilitación y comunicado por escrito la nueva aceptación del riesgo.

ARTICULO 30. 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.

Lugar y fecha: _____

El Asegurado

La Compañía

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el número de registro SCVS-1-2-CG-203-347004425-06112025