

SEGURO DE VIDA COLECTIVA CONDICIONES GENERALES

PRÓLOGO / INTRODUCCIÓN

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 acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente.

Este Contrato se establece por un año de duración, que puede renovarse de mutuo acuerdo hasta que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad.

Art.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 pagará a la muerte legalmente comprobada del Asegurado por cualquier causa, la suma asegurada pactada en dichas condiciones particulares, a los beneficiarios designados en la solicitud, que forma parte integrante de este contrato.

Art.2 EXCLUSIONES GENERALES

Se excluye el suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, ocurrido durante el primer año de vigencia del contrato o de su rehabilitación.

En caso de que el Asegurado aumentare la suma asegurada, y si el suicidio ocurre dentro del primer año de dicho aumento, la compañía pagará la suma asegurada original y no el incremento.

Art.3 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 a quienes el Asegurado reconoce el derecho de percibir la indemnización.

Siniestro: Hecho cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza. El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.

Deducible: Se refiere al monto de los gastos a cargo del Asegurado, por cada accidente.

Representante Legal: Padre y/o madre o quien conste como representante legal en los registros del establecimiento educativo.

Grupo asegurable: Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la elegibilidad al seguro, pero diferente a éste, que cumple las condiciones para ser asegurado.

Accidente: Como "accidente" ha de entenderse la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa, salvamento de personas o bienes.
- Quemaduras por fuego, agua hirviendo o vapor de agua.
- La práctica no profesional de deportes no peligrosos, como natación, pesca Submarina, navegación inclusive a vela, remo, equitación, gimnasia, tenis, básquet, fútbol, excursiones a montañas, pero no alpinismo ni andinismo; cacería menor.

Ámbito Territorial: Las coberturas de la póliza son de aplicación, salvo pacto o estipulación en contrario, en cualquier lugar del mundo.

Hospital: Significa una institución, la cual:

- Está licenciada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio;
- Se ocupa en primer término, por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado de enfermos y accidentados;
- Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y
- Posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.
- El término Hospital no incluye una institución que es usada como un centro para
 - Descanso
 - Cuidados de custodia
 - Cuidados de enfermería
 - Cuidado de ancianos
- Tratamiento de alcoholismo, adicción a drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

Gastos razonables

y acostumbrados: Es usualmente cobrado por el proveedor de servicios médicos por un servicio igual o similar en caso de no existir el Seguro; y

No excede al usualmente cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

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.

Art.4 VIGENCIA

Los riesgos asegurados por cuenta de la Compañía, al igual que las obligaciones por ella asumidas en razón de este contrato, comenzarán a correr a partir de las 12:00 horas de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza especificada en las condiciones particulares, y terminará en la fecha indicada en dichas condiciones particulares.

Art.5 ELEGIBILIDAD

Las condiciones de elegibilidad serán las que figuren en las condiciones particulares de la póliza suscrita por el Tomador del seguro y aceptada por la Compañía. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través de las solicitudes individuales, con o sin declaración del estado de salud y/o reconocimiento médico en función de las condiciones otorgadas por la compañía.

a) En todo caso, las condiciones iniciales de elegibilidad se mantendrán en los siguientes supuestos:

- Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro de vida en Grupo.
- En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.

b) A efectos de este seguro serán elegibles sólo personas pertenecientes al grupo Asegurable con edades comprendidas entre los dieciocho (18) y los sesenta y cuatro (64) años de edad, ambas inclusive.

c) El seguro de cada Asegurado tomará efecto desde el momento en que el Tomador del seguro entregue la Solicitud Individual a la Compañía, sin perjuicio del derecho de ésta a rechazar o aceptar el riesgo sólo sujeto a condiciones especiales, siempre que tal derecho se ejerza en el término de los quince días siguientes al recibo de la Solicitud Individual.

d) Los miembros del grupo asegurable que no presenten su Solicitud Individual dentro de los términos fijados en los numerales anteriores deberán presentar, a costa de ellos, pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía.

Variaciones en la composición del grupo asegurado:

El Tomador del seguro está obligado a notificar a la Compañía las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, y que pueden consistir en:

a) Ingresos: Originados por las inclusiones en la nómina de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de elegibilidad en un momento posterior al de entrada en vigor del Seguro de Vida en Grupo.

b) Egresos: tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- Salida del grupo asegurado o del asegurable, por exclusión, renuncia, despido, jubilación o por cualquier otra causa.
- Pago de alguna indemnización por seguro complementario a excepción de Gastos médicos por accidente, Renta diaria por hospitalización por accidente y Renta diaria por hospitalización por cualquier causa.
- Cumplimiento de la edad de 70 años.

En el primer supuesto, la Compañía devolverá al Tomador del seguro la parte de prima que corresponda calculada a prorrata por el tiempo de vigencia no transcurrido.

Regularizaciones de primas:

- La Compañía regularizará las primas en función de las inclusiones y las exclusiones producidas y con la periodicidad pactada al efecto.

- Las tasas de las primas son calculadas para períodos de un (1) año, según la edad promedio que tenga el Grupo Asegurado al iniciarse cada año. Para determinar la prima se multiplica la tasa correspondiente por el valor asegurado.

- La Compañía puede, mediante notificación escrita al Tomador del seguro, con treinta (30) días de anticipación, cambiar la tasa de prima:

- En el aniversario de esta Póliza

- En cualquier fecha en que los beneficios se modifiquen

- En cualquier fecha por cambios importantes en la composición de las edades o montos asegurados del grupo.

Regularizaciones de sumas aseguradas:

- La suma asegurada correspondiente a cada asegurado se determinará de acuerdo con la solicitud del Tomador del seguro, se hará constar en las Condiciones Particulares de esta Póliza y se consignará en el Certificado Individual de Seguro.

- El Tomador del seguro está obligado a comunicar a la Compañía las variaciones que deban producirse en los capitales asegurados. Las eventuales reducciones de capital tomarán efecto desde la fecha de comunicación por el

Tomador del seguro; sin embargo, los aumentos estarán en vigor en la fecha que se estipule en las Condiciones Particulares.

Art.6 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 de cumpleaños más cercana, 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 este plan de seguro, el valor del seguro se reduce proporcionalmente en relación matemática con la prima efectivamente pagada.

Si la edad real es menor, el valor del seguro se aumenta 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

Art.7 DESIGNACIÓN 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, serán los herederos legales.

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

Art.8 CAMBIO DE BENEFICIARIOS

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 modifique esa designación.

Art.9 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.

Art.10 DECLARACIÓN 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.

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 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.

Art.11 REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

Los requerimientos de asegurabilidad son los siguientes:

- A Declaración de salud
- B Examen médico (Informe Médico Examinador)
- C Análisis químico y microscópico de orina en laboratorio
- D ECG de reposo a 12 derivaciones
- E ECG de máximo esfuerzo (ergometría) - salvo contraindicación
- F Test HIV
- G Hemograma, eritrosedimentación
- H Perfil lipídico (colesterol total en el plasma, HDL, LDL y triglicéridos en el plasma (todos en ayunas)
- I Creatinina, glucemia, ácido úrico, ASAT, ALAT, GGT
- J Marcadores tumorales (PSA para hombres y CA 15-3 o CA 125 para mujeres)
- K Ficha Financiera
- L Balances Auditados

Cabe indicar que la Compañía se reservará el derecho de solicitar uno o más requisitos de los indicados si así lo dispone.

Art.12 PAGO DE PRIMA

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.

Sin perjuicio de lo dispuesto en leyes orgánicas vigentes, la falta de pago de la prima por más de treinta (30) días, producirá la caducidad del contrato.

El pago de las primas puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.

Si la compañía diere facilidades para el pago de la prima al Asegurado, éste tiene la obligación de pagar las cuotas del pago de la prima el día de su vencimiento y hasta un plazo de treinta (30) días después de su vencimiento. Transcurrido dicho plazo, quedan suspendidas las coberturas de la presente Póliza, hasta que el Asegurado se ponga al día en el pago, mientras no lo haga pierde todos sus derechos a la indemnización por cualquier siniestro ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura. La Compañía hará conocer al asegurado o beneficiario sobre este hecho por cualquier medio. Si el Asegurado permaneciese en mora por 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.

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

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado dentro del período de gracia, la cuota vencida y las por vencer serán deducidas del pago de la indemnización.

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.

Art.13 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 asegurado, 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 Ley.

Art.14 SEGURO 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. En caso de que el Asegurado tenga otros seguros de vida está en la obligación de avisar a la Compañía al momento de la suscripción de la póliza.

Art.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado podrá, en cualquier tiempo, cancelar este contrato, notificándolo por escrito a la Compañía. 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.

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.

Los otros casos en que se dará por terminada la cobertura de la póliza son los siguientes:

- a) Por el no pago de la prima o su cuota vencido el período de gracia.
- b) Para el amparo básico, en el vencimiento anual inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumplió setenta (70) años.
- c) Una vez se hayan pagado las indemnizaciones acordadas en esta póliza para el amparo básico.
- d) Cuando disminuya el número de asegurados, siempre que el grupo asegurado final sea menor a veinte y cinco (25) personas.

Art.16 AVISO DE SINIESTRO

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 podrá exceder el tiempo señalado en el Art. 729 del Código de Comercio.

Art.17 DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

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

En caso de fallecimiento del Asegurado

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

Cabe indicar que la Compañía se reservará el derecho de solicitar uno o más documentos en adición de los indicados si así lo dispone.

Art.18 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.

Art.19 PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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.

Art.20 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.

Art.21 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.

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.

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.

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

Art.22 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, 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.

Art.23 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.

Art.24 JURISDICCIÓN

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado, con motivo del presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o beneficiarios, en el domicilio del demandado.

Art.25 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 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 años desde ocurrido el siniestro.

Art.26 SOLUCIÓN 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.

Art.27 REHABILITACIÓN

Dentro de los cinco (5) años posteriores a la fecha en que caduca la Póliza, el Asegurado puede solicitar la rehabilitación de la misma, 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.

Art.28 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.

Art.29 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 presenta 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.

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 las presentes Condiciones Generales el Registro No. SCVS-1-2-CG-57-275004421-28062021, del 28 de Junio del 2021.