

POLIZA DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA PRIMERA

Amparo básico

1.1. AIG METROPOLITANA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., denominada en adelante la COMPAÑIA, emite la presente Póliza de acuerdo con las condiciones generales, especiales y particulares estipuladas a continuación basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro firmada por el ASEGURADO.

Esta Póliza y sus eventuales endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía y por el por el Asegurado, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. Ningún agente tiene autorización para modificar esta Póliza o renunciar a ninguna de sus estipulaciones.

1.2. COBERTURA.- El seguro proporcionado bajo la presente Póliza cubre las lesiones corporales ocasionadas por cualquier tipo de accidente, en cualquier parte del mundo, las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, inclusive cuando el Asegurado esté viajando como pasajero no como piloto o tripulante, en un avión del tipo descrito a continuación o mientras esté subiendo o bajando del mismo:

- Avión de pasajeros con matrícula y certificado de aeronavegación válido y al día, operado por empresa aérea comercial, en vuelo regular dentro o fuera de horario e itinerario fijo o en vuelo especial o contratado (chárter) y manejado por piloto con la debida licencia al día y válida para tal tipo de avión y vuelo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

CLAUSULA SEGUNDA

Beneficios amparados por esta Póliza

2.1. INDEMNIZACION POR PERDIDA DE LA VIDA POR ACCIDENTE: Cuando la lesión corporal cause la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, la Compañía pagará la indemnización por pérdida accidental de la vida consignada en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones.

2.2. INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: Si el Asegurado sufre un accidente cubierto bajo esta Póliza y como resultado del mismo quedare total y permanentemente incapacitado para desempeñar o llevar a cabo los temas de una ocupación habitual o profesional, siempre que dicha incapacidad haya comenzado dentro de los ciento veinte (120) días después del accidente y continuare por doce (12) meses consecutivos, entonces la Compañía pagará al Asegurado la suma principal consignada en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones, deduciendo cualquier otra cantidad pagada o pagadera bajo esta Póliza como resultado del mismo accidente dentro de los términos señalados por la ley.

2.3. INDEMNIZACION POR PERDIDA DE EXTREMIDADES, VISTA, OIDO O VOZ POR ACCIDENTE: Cuando la lesión corporal no cause la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente pero cause cualquiera de las pérdidas descritas a continuación, la Compañía pagará por la pérdida de:

Ambos brazos o ambas piernas	100%
Ambas manos o ambos pies	100%
Un brazo y una pierna	100%
Una mano y un pie	100%
Cualquiera de las dos manos o pies y la vista de un ojo	100%
La vista de ambos ojos	100%
Pérdida total y completa del	

habla	100%
Pérdida total y completa de la audición	100%
Enajenación mental incurable que lo incapacite para todo trabajo	100%
Cualquier mano o pie, o un brazo o una pierna	50%
La vista de un ojo	50%
Pérdida total y completa de un oído	50%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	15%
Cada uno de los otros dedos de la mano	5%
Dedo grande del pie	5%
Cada uno de los otros dedos del pie	3%

La palabra PERDIDA según se usa más arriba con referencia a las extremidades, significa la separación completa por amputación, o la inutilización por impotencia funcional definitiva de dichas extremidades; y según se emplea con referencia a los ojos, oído o voz significa pérdida total e irrecuperable de éstos.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiere producido por amputación total; y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratare de otros dedos.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica por lo cual haya de pagarse la indemnización total bajo esta parte, causará la terminación de todo seguro bajo esta Póliza, pero dicha terminación será sin perjuicio del derecho a reclamación que se origine del accidente causante de tal pérdida.

Bajo ninguna circunstancia se pagará indemnización por más de una de las pérdidas sufridas a aquella que corresponda mayor indemnización de acuerdo con la escala antes descrita.

2.4. REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE: Si las lesiones sufridas por el Asegurado dentro

de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, requieren tratamiento por médico o cirujano con título universitario en plena vigencia legal o reclusión en un hospital, o el empleo de una enfermera o enfermero graduados, la Compañía pagará el gasto real por tales conceptos incurridos en exceso del deducible (si se consignare alguna en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones), dentro del plazo estipulado en la ley, pero sin exceder de la cantidad pagadera en conjunto que se estipula en dicho cuadro, como resultado de un accidente.

2.5. GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE: Si las lesiones sufridas por el Asegurado causan la muerte del mismo, la Compañía pagará hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en el cuadro de declaraciones, únicamente por los gastos a continuación descritos:

- Honorarios médicos al profesional en medicina que hubiere realizado el proceso de formolización.
- Transporte del Asegurado fallecido desde el hospital al domicilio, a la sala de velaciones y/o desde ésta última al cementerio.
- Arriendo o alquiler de sala de velaciones, compra de ataúd o féretro, costo de servicios religiosos destinados específicamente al servicio funerario y costos devengados en concepto de cremación.

2.6. GASTOS DE AMBULANCIA POR ACCIDENTE: Si las lesiones sufridas por el Asegurado requieren utilizar una ambulancia, la Compañía pagará hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones. Se entiende por ambulancia el medio de transporte que se encuentre debidamente equipado y autorizado para el traslado aéreo o terrestre de personas hacia un centro hospitalario con asistencia médica incluida.

2.7. GASTOS DENTALES POR ACCIDENTE:

Si las lesiones sufridas por el Asegurado afectan directamente a la dentadura, la Compañía pagará hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones, adicional al monto establecido en el beneficio de gastos médicos por accidente.

2.8. RENTA MENSUAL POR ALIMENTACION:

Si las lesiones accidentales sufridas por el Asegurado Principal causan la muerte del mismo, la Compañía pagará, en doce (12) meses, el valor estipulado en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones; el cual será entregado a los beneficiarios designados por el Asegurado, para ser aplicado únicamente bajo concepto de alimentación.

2.9. GASTOS EDUCACIONALES:

Si las lesiones accidentales sufridas por el Asegurado Principal causan la muerte del mismo, la Compañía pagará en forma mensual y consecutiva, los gastos educacionales durante cada ciclo lectivo, mientras éstos sean debidamente justificados, hasta llegar al monto máximo estipulado en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones, o a la finalización de los estudios, lo que ocurra primero; estos valores serán pagados a quién el Asegurado hubiere declarado beneficiario(s) en esta Póliza, ya sea su cónyuge e hijos.

Este beneficio se extiende a amparar los siguientes gastos educacionales:

- Matrículas anuales del(los) beneficiario(s), excluyendo costos de pupilaje y/o alimentación, cobradas por una institución educacional para el correspondiente año lectivo.
- Pensiones mensuales, excluyendo costos de pupilaje y/o alimentación, cobradas por la institución educacional en la cual él(los) beneficiario(s) se hubiesen previamente matriculado.

Los beneficios descritos serán únicamente a favor del (los) hijo(s) quien(es), a la fecha del siniestro, se encuentre(n) dependiendo económicamente del Asegurado y sea(n) estudiante(s) en cualquier institución educacional.

La Compañía pagará también, el costo de matrículas y pensiones, exceptuando costos de pupilaje y/o alimentación en caso de que el cónyuge sobreviviente optare por su inscripción en cualquier programa de entrenamiento profesional cuyo propósito sea el obtener un medio de soporte para su mantenimiento y el de su(s) hijo(s).

Para el caso del cónyuge sobreviviente, el pago del beneficio expuesto contemplará un máximo de veinte (20) meses o dos (2) años lectivos.

El término hijo dependiente significará cualquier hijo(s) de estado civil soltero (s), que figure(n) en las condiciones particulares de esta constantes en la Póliza como beneficiario(s) y a la fecha del siniestro se encuentre(n) como dependiente(s) directo(s) del Asegurado. La edad máxima del hijo dependiente a ser contemplada en este beneficio será de veintitrés (23) años cumplidos.

El término institución educacional se entenderá como cualquier ente o asociación, estatal o privada, que se encuentre ejerciendo las funciones educacionales en forma legal.

2.10. BECA ESTUDIANTIL: En caso de muerte accidental del padre de familia o representante legal del Alumno Asegurado en una póliza estudiantil, la Compañía pagará en forma mensual y consecutiva, hasta el límite máximo descrito en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones, todos aquellos gastos relacionados directamente con pensiones y matrículas únicamente, siempre y cuando el Alumno Asegurado continúe con sus estudios en la entidad educativa que haya tomado la póliza de seguro con la Compañía. De forma tal que la educación no sea interrumpida a consecuencia de la calamidad económica ocasionada por el siniestro.

2.11. HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

Si el Asegurado, a causa de enfermedad contraída o accidente ocurrido después de la fecha de iniciada la cobertura de esta Póliza, fuere hospitalizado necesariamente por un período ininterrumpido, la Compañía pagará el beneficio diario o semanal indicado en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones, por cada día que el Asegurado esté hospitalizado, en exceso del deducible (si lo hubiere) y hasta el máximo de días establecido en el mismo cuadro.

2.12. HOSPITALIZACIÓN POR CANCER O ATAQUE CARDIACO:

Si el Asegurado, a causa de cáncer o ataque cardíaco, fuere hospitalizado necesariamente por un período ininterrumpido, la Compañía pagará el beneficio diario o semanal indicado en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones, por cada día que el Asegurado esté hospitalizado por esta causa, en exceso del deducible (si lo hubiere) y hasta el máximo de días establecido en el mismo cuadro.

2.13. CONVALECENCIA: La convalecencia se pagará por el valor estipulado para este beneficio en las condiciones particulares constantes en el cuadro de declaraciones por el mismo número de días que el Asegurado estuvo hospitalizado, hasta un máximo de dos (2) semanas catorce (14).

CLAUSULA TERCERA Exclusiones

3.1. EXCLUSIONES DE ACCIDENTES PERSONALES:

El seguro proporcionado por esta póliza no es aplicable a:

- (a) Pérdida causada directa o indirectamente, total o parcialmente por:
 - (1) Infecciones bacterianas (excepto infecciones piogénicas que se deriven de cortadura o herida accidental);

- (2) Cualquier otra clase de enfermedad (excepto si requiere hospitalización);

- (3) Tratamiento médico o quirúrgico (excepto el que se necesitare únicamente a consecuencia de lesiones cubiertas por esta Póliza y prestado dentro del límite previsto en la misma).

- (b) Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia.

- (c) Suicidio o tentativa de suicidio; (esté o no el Asegurado en su sano juicio).

- (d) Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), amotinamiento, motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio, o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena, o reglamentos de aduana o nacionalización por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión atómica o fuerza radioactiva, ya sea en tiempo de paz o de guerra, esta exclusión no quedará afectada por ningún endoso que no haga alusión específica a la misma, en total o en parte.

Pérdida que surja del uso intencional de fuerza militar para interceptar, prevenir o mitigar cualquier acto terrorista conocido o sospechoso.

- (e) Mientras el Asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas y/o policiales de cualquier país o

autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra y en el caso de que el Asegurado entrare en tal servicio, la Compañía, a solicitud del Asegurado devolverá la prima a prorrata por cualquier período de prestación de dicho servicio.

- (f) Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA.
- (g) Pérdida que surja de cualquier acto terrorista.
- (h) Lesiones causadas como resultado de la imprudencia del Asegurado a consecuencia de haber ingerido alcohol o al estar bajo los efectos de drogas, tóxicos, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

3.2. EXCLUSIONES PARA HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- (a) Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer.
- (b) Exámenes físicos o de rutina o cualquier otro, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorios o exámenes de rayos x; excepto en el curso de una incapacidad establecida por atención de un médico;
- (c) Suicidio o tentativa de suicidio, esté o no el Asegurado en su sano juicio;
- (d) Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente;
- (e) Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- (f) Cualquier desorden mental o nervioso o curas de descanso;

- (g) Alcoholismo, uso de narcóticos, o estupefacientes y tratamiento de los mismos;
- (h) Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado y servicio en las Fuerzas Armadas y/o Policiales;
- (i) Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA.
- (j) Pérdida que surja de cualquier acto terrorista.
- (k) Lesiones causadas como resultado de la imprudencia del Asegurado a consecuencia de haber ingerido alcohol o al estar bajo los efectos de drogas, tóxicos, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

CLAUSULA CUARTA Definiciones

BENEFICIARIO, persona nombrada como beneficiario en las condiciones particulares por parte del Asegurado o, en caso contrario la persona que la sustituya como tal.

LESION, daños corporales causados por medios externos, de un modo violento, accidental e independiente de la voluntad del Asegurado, siempre que dichos daños se manifiesten por contusiones o heridas visibles.

ACCIDENTE, evento debido a causas imprevistas, fortuitas y ocasionales de una fuerza externa que obrando súbitamente sobre la persona del Asegurado, independientemente de su voluntad,

produzcan lesiones corporales clínicamente comprobadas.

HOSPITAL, establecimiento que:

- Tenga licencia legal válida otorgada por autoridad competente.
- Se desempeñe en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
- Tenga servicio médico disponible a toda hora con profesionales en la medicina legalmente titulados.
- Tenga servicio de enfermería, durante las veinticuatro (24) horas del día, por lo menos con una enfermera(o) titulada(o).
- Tenga facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía, y;
- No sea casa de reposo, ancianato, convalecencia o institución similar.

GUERRA declarada o no, significa cualquier actividad u operaciones bélicas, incluido el uso de la fuerza militar, por cualquier nación soberana, para alcanzar fines económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, raciales, religiosos u otros.

ACTO TERRORISTA, cualquier amenaza o uso real de la fuerza o violencia, dirigida a causar daño, perjuicio o desorganización; o la comisión de un acto peligroso para la vida humana o la propiedad, contra cualquier individuo, propiedad o gobierno, con objetivos manifestados o no de alcanzar intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, o religiosos.

Los robos u otros actos criminales, cometidos en principio para obtener ganancias personales y actos que surjan principalmente de relaciones personales anteriores entre el(los) perpetrador(es) y la(las) víctima(s); no serán considerados actos terroristas.

Acto terrorista también incluye cualquier acto que sea verificado o reconocido por el gobierno pertinente como tal.

El uso, liberación o escape de materiales nucleares, que directa o indirectamente resulte de una reacción

nuclear, radiación o contaminación radioactiva; o la dispersión, aplicación de materiales patógenos, biológicos, tóxicos o químicos; o la liberación de materiales patógenos, biológicos, tóxicos o químicos. Sin embargo lo anterior solo aplica si cincuenta (50) o más personas mueren o sufren lesiones físicas graves.

LESIONES FISICAS GRAVES significa:

- a. Lesiones físicas que impliquen un riesgo considerable de muerte;
- b. Desfiguramiento físico manifiesto y extenso, o
- c. Pérdida severa de, o deterioro de la función de, un miembro u órgano corporal.

CLAUSULA QUINTA Rehabilitación de esta Póliza

Este seguro pierde su validez en caso de falta de pago de la prima convenida para esta Póliza y la aceptación subsiguiente de una prima por la Compañía o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados rehabilitará la Póliza, pero únicamente para cubrir la pérdida resultante de lesiones accidentales sufridas después de la rehabilitación.

CLAUSULA SEXTA Renovación

Esta Póliza podrá ser renovada con el consentimiento de la Compañía de período en período, mediante el pago de prima por anticipado al tipo de la prima que la Compañía tenga en vigor al tiempo de la renovación.

CLAUSULA SEPTIMA Límite de Edad

El seguro cesará automáticamente cumplido los sesenta y seis (66) años de edad por lo cual la Compañía reembolsará la parte proporcional de la prima correspondiente al plazo no corrido del seguro.

El Asegurado cumplidos los sesenta y seis (66) años de edad, deberá comunicar por escrito a la Compañía, y podrá solicitar a la misma el mantenimiento del seguro, pagando la prima adicional que ésta, en caso de aceptación, considere necesaria.

CLAUSULA OCTAVA Cambio de beneficiario

No será necesario el consentimiento del beneficiario: a) para hacer entrega o cesión de ésta Póliza, b) para cambiar de beneficiario, o c) para cualquier otro cambio que se efectúe en este contrato.

CLAUSULA NOVENA Cambio de ocupación

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado su ocupación por otra clasificada por la Compañía como más peligrosa que la mencionada en esta Póliza o mientras se dedique por lucro a cualquier trabajo perteneciente a una ocupación clasificada de ese modo, la Compañía pagará únicamente la indemnización convenida en esta Póliza, en relación con la prima pagada por el Asegurado a los tipos y dentro de los límites fijados por la Compañía para la ocupación más peligrosa que la señalada en esta Póliza, la Compañía, al recibir la prueba de dicho cambio de ocupación, reducirá el tipo de la prima de acuerdo con esta Póliza y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada desde la fecha del cambio de ocupación o desde la fecha de la renovación de la Póliza inmediatamente procedente al recibo de dicha prueba, cualquiera de ellas que fuere más reciente.

En la aplicación de esta condición, la clasificación del riesgo ocupacional y el tipo de prima serán los mismos que estuvieron vigentes con anterioridad a la ocurrencia de la pérdida por la cual es responsable la Compañía o antes de la fecha de la prueba del cambio de ocupación.

CLAUSULA DECIMA Cancelación

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar por escrito la terminación anticipada del seguro, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación por escrito al Asegurado en su domicilio, con antelación no menor de diez (10) días y si no pudiere determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos en el periódico de mayor circulación en la ciudad que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación; en este caso queda obligada a devolver al Asegurado la parte de prima en proporción al tiempo no corrido.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA Plazo de aviso de reclamación

La notificación por escrito de una lesión o enfermedad por la cual se puede establecer reclamación debe darse a la Compañía dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tal lesión o del inicio de la enfermedad. En caso de muerte debido a un accidente, debe notificarse, dentro de los tres (3) días siguientes a aquel en que hayan tenido conocimiento del hecho.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA Suficiencia de aviso

El aviso por, o a nombre del Asegurado o beneficiario, según fuere el caso, dado a la Compañía o a cualquier agente autorizado de la misma con suficientes datos para identificar al Asegurado, será considerado como aviso a la Compañía. La falta de dar dicho aviso dentro del tiempo señalado en esta Póliza no invalidará cualquier reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible dar tal aviso y que éste se dio lo más pronto posible.

CLAUSULA DECIMA TERCERA
Documentos a presentar para la prueba de pérdida

La Compañía al recibir el aviso, suministrará al reclamante los modelos que proporciona para presentar la prueba de pérdida. Si dichos modelos no fueron suministrados dentro de los quince (15) días después del recibo de dicho aviso se considerará que el reclamante ha cumplido con todos los requisitos de esta Póliza respecto a la prueba de pérdida al remitir dentro del tiempo fijado en la Póliza para la presentación de la prueba de pérdida, constancia escrita de lo ocurrido, índole y alcance de la pérdida por la cual se hace la reclamación.

Los documentos que se deben presentar para la prueba de la pérdida son:

Muerte accidental:

1. Formulario de accidentes personales
2. Partida de Nacimiento (original o copia certificada)
3. Cédula de identidad o ciudadanía (copia)
4. Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada)
5. Parte policial (copia certificada)
6. Partida de defunción (original o copia certificada)
7. Certificado de inhumación y sepultura (original o copia certificada)
8. Certificado de Alcoholemia
9. Certificado de autopsia (copia certificada)
10. Posesión efectiva de bienes (original o copia certificada)

Incapacidad y Desmembración por Accidente

1. Formulario de accidentes personales
2. Radiografías
3. Historia clínica (copia)
4. Informe del médico tratante (original o copia certificada)

Gastos Médicos:

1. Formulario de accidentes personales
2. Facturas de gastos incurridos (original)
3. Recetas médicas (original)
4. Radiografías

Sepelio:

1. Formulario de accidentes personales
2. Facturas y/o recibos de gastos de funeral (original)

Ambulancia:

1. Formulario de accidentes personales
2. Factura por servicio de ambulancia (original)

Hospitalización:

1. Formulario de accidentes personales
2. Certificado médico y/o factura con fecha de ingreso, salida del hospital o clínica y diagnóstico médico (original)
3. Historia clínica (copia)

Beca Estudiantil:

1. Formulario de accidentes personales
2. Partida de nacimiento (original o copia certificada)
3. Parte policial (copia certificada)
4. Partida de defunción (original o copia certificada)
5. Certificado de inhumación y sepultura (original o copia certificada)
6. Certificado de autopsia (copia certificada)
7. Certificado de matrícula, pensiones, y transporte escolar (original)

Beneficio Educacional:

1. Formulario de accidentes personales

2. Partida de nacimiento y/o Cédula de identidad o ciudadanía del fallecido y del estudiante asegurado (original o copia certificada)
3. Parte policial (copia certificada)
4. Partida de defunción (original o copia certificada)
5. Certificado de inhumación y sepultura (original o copia certificada)
6. Certificado de autopsia (copia certificada)
7. Certificado de matrícula, pensiones y transporte escolar

Subsidio de Alimentación:

1. Formulario de accidentes personales
2. Partida de Nacimiento (original o copia certificada)
3. Cédula de identidad o ciudadanía (copia)
4. Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada)
5. Parte policial (copia certificada)
6. Partida de defunción (original o copia certificada)
7. Certificado de inhumación y sepultura (original o copia certificada)
8. Certificado de autopsia (copia certificada)
9. Posesión efectiva de bienes (original o copia certificada)

Gastos Dentales:

1. Formulario de accidentes personales
2. Radiografías dentales
3. Informe médico (original)
4. Facturas y/o recibos detallados de los médicos (original)

CLASULA DECIMA CUARTA
Plazo para la presentación de la prueba de pérdida

La prueba fehaciente de la pérdida deberá presentar a la Compañía dentro de los

ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de aviso del siniestro.

CLAUSULA DECIMA QUINTA
Examen médico

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente durante el tramite de una reclamación bajo esta Póliza y de efectuar autopsia en caso de muerte, cuando no fuere prohibido por la ley.

CLAUSULA DECIMA SEXTA
Pérdida de derecho a la indemnización

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en la presente Póliza.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA
Pago inmediato de indemnizaciones

Todas las indemnizaciones convenidas en esta Póliza por pérdida, serán pagadas inmediatamente después de haberse recibido, los documentos que según esta Póliza, sean necesarios.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA
A quiénes son pagaderas las indemnizaciones

La indemnización por pérdida accidental de la vida del Asegurado es pagadera al beneficiario si éste sobrevive al Asegurado, caso contrario a los herederos del Asegurado. Todas las demás indemnizaciones de esta Póliza serán pagadas al Asegurado.

CLAUSULA DECIMA NOVENA
Limitaciones del tiempo para iniciar
procedimiento legal

No se establecerá acción legal o de equidad para recibir indemnización por esta Póliza, antes de transcurridos cuarenta y cinco (45) días después de presentada la prueba de pérdida, de acuerdo con las estipulaciones de esta Póliza. Dicha acción será válida únicamente, cuando la misma se inicie dentro de los dos (2) años siguientes al vencimiento del período de tiempo exigido en la presente Póliza para presentar la prueba de pérdida.

CLAUSULA VIGESIMA
Cesión

Ninguna cesión de interés sobre esta Póliza obligará a la Compañía excepto y hasta que el original o un duplicado de la misma se presente en la oficina principal. La Compañía no asume responsabilidad alguna por la invalidez de una cesión. Ningún cambio de beneficiario bajo esta Póliza obligará a la Compañía a no ser que el consentimiento al mismo sea endosado en la Póliza por un representante autorizado de la Compañía. Ninguna disposición de la escritura de constitución, o estatutos en esta Compañía serán usados en defensa de cualquier reclamación que surja bajo esta Póliza, excepto que dicha disposición se agregue en su totalidad a esta Póliza.

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA
Arbitraje

Cuando entre la Compañía y el Asegurado, se suscitare alguna diferencia sobre el monto de la indemnización, de común acuerdo, antes de acudir a los jueces comunes, se podrá recurrir al arbitraje, los árbitros juzgarán más bien desde el punto

La Superintendencia de Bancos y Seguros para efectos de control asigno a la presente Póliza, el número de registro 28453 aprobado mediante resolución N° SBS-INSP-2007-144, de 16 de Mayo de 2007.

de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto.

CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA
Normas supletorias

En todo lo que no se ha dicho en las presentes condiciones generales, se observarán las normas de la Legislación sobre el Contrato de Seguro, Ley General de Seguros, su Reglamento, normas y demás leyes conexas.

CLAUSULA VIGESIMA TERCERA
Notificaciones

Cualquier notificación que deba hacerse a la Compañía para la ejecución de las presentes estipulaciones, deberá efectuarse por escrito. Toda notificación que la Compañía deba hacer al Asegurado o beneficiario deberá hacerse igualmente por escrito, a la última dirección por ella conocida.

CLAUSULA VIGESIMA CUARTA
Jurisdicción

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario, con motivo del presente contrato de seguro, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra el Asegurado o beneficiario en el domicilio del demandado.

CLAUSULA VIGESIMA QUINTA
Prescripción

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en dos (2) años contados a partir del acontecimiento que les dio origen.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

PÓLIZA DE SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL CONDICIONES GENERALES

AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., en adelante la Compañía, en virtud a la solicitud presentada por el Contratante y a las declaraciones de asegurabilidad contenidas en dicha solicitud realizadas por el o los interesados, en adelante el o los Asegurados, las cuales son base de este contrato y forman parte de él, de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares del mismo, hasta el límite del valor asegurado, durante la vigencia de esta Póliza y en los períodos de renovación de la misma, si los hubiere, ampara el siguiente riesgo:

CONDICIÓN PRIMERA RIESGO CUBIERTO

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la indemnización consignada en las condiciones particulares, por la pérdida accidental de la vida del Asegurado, dentro del ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente indemnizable, ocurrida en cualquier parte del mundo, durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará la indemnización por pérdida de la vida del Asegurado causada directa o indirectamente, total o parcialmente por:

- a. Infecciones bacterianas a menos que estén relacionadas con una lesión de un accidente cubierto por esta póliza;
- b. Cualquier otra clase de enfermedad y lesiones con ellas relacionadas;
- c. Tratamiento médico o quirúrgico, que no sea a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza;
- d. Presencia del virus VIH o SIDA;
- e. Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia;
- f. Suicidio o tentativa de suicidio; (esté o no el Asegurado en su sano juicio);
- g. Homicidio;
- h. Accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza de carácter catastróficos tales como terremoto, sismos, erupciones volcánicas, inundaciones, y similares, o a consecuencia de tales;
- i. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial, estado de sitio, estado de excepción, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad;
- j. Acto terrorista o cualquier pérdida que surja del uso intencional de fuerza militar para interceptar, prevenir o mitigar cualquier acto terrorista conocido o sospechoso;
- k. Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
- l. Mientras el Asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas y/o policiales de cualquier país o

autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra y en el caso de que el Asegurado entrare en tal servicio, la Compañía, a solicitud del Asegurado devolverá la prima a prorrata por cualquier período de prestación de dicho servicio;

- m. Lesiones causadas como resultado de la imprudencia del Asegurado a consecuencia de haber ingerido alcohol o al estar bajo los efectos de drogas, tóxicos, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión;
- n. Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave;
- o. Lesiones a consecuencia del ejercicio de una ocupación o actividad deportiva distintas a las declaradas en la solicitud de seguro, salvo que el Asegurado haya notificado de la nueva ocupación o actividad deportiva por escrito a la Compañía y que ésta haya aceptado por escrito el nuevo riesgo. Pero de ninguna forma se cubrirán los accidentes que se produzcan durante la práctica de deportes como miembro de un equipo profesional; así como la práctica de deportes extremos o deportes de riesgo (actividades o disciplinas que tienen un alto nivel de riesgo inherente y que presentan un peligro real o inminente para la integridad física de quienes lo practican) como: las carreras de automóviles, boxeo, motociclismo, karting, paracaidismo, parapentismo, cometa, alas delta, bungee jumping; ultralivianos, submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.

CONDICIÓN TERCERA DEFINICIONES

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes Condiciones Generales el número de registro SCVS-3-4-CG-5-456004420-24112020

Accidente.- Evento debido a causas imprevistas, fortuitas y ocasionales de una fuerza externa que, obrando súbitamente sobre la persona del Asegurado, independientemente de su voluntad o de cualquiera otra persona, que le produzcan lesiones corporales clínicamente comprobadas, inclusive cuando el Asegurado esté viajando como pasajero no como piloto o tripulante, en un avión como se define más adelante o mientras esté subiendo o bajando del mismo.

Acto terrorista.- Cualquier amenaza o uso real de la fuerza o violencia, dirigida a causar daño, perjuicio o desorganización; o la comisión de un acto peligroso para la vida humana o la propiedad, contra cualquier individuo, propiedad o gobierno, con objetivos manifestados o no de alcanzar intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, o religiosos.

Los robos u otros actos criminales, cometidos en principio para obtener ganancias personales y actos que surjan principalmente de relaciones personales anteriores entre los perpetradores y las víctimas; no serán considerados actos terroristas.

Acto terrorista también incluye cualquier acto que sea verificado o reconocido por el gobierno pertinente como tal.

Asegurado.- Persona natural que queda protegida por este contrato.

Avión de pasajeros.- Aquel con matrícula y certificado de aeronavegación válido y al día, operado por empresa aérea comercial, en vuelo regular dentro o fuera de horario e itinerario fijo o en vuelo especial o contratado (chárter) y manejado por piloto con la debida licencia al día y válida para tal tipo de avión y vuelo, entre aeropuertos

debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

Beneficiario.- Persona que percibe los beneficios de esta Póliza, nombrado como tal en las condiciones particulares por parte del Asegurado o, en caso contrario la persona que la sustituya como tal.

Contratante.- Persona natural o jurídica que suscribe el contrato con la Compañía. En este caso, el Contratante es el único que puede solicitar cambios o enmiendas a esta Póliza.

Grupo Asegurado.- Personas agrupadas bajo una personería jurídica, o vinculadas entre sí por intereses comunes, o con relaciones estables de igual naturaleza, cuyo vínculo no tiene como objetivo único la contratación de este seguro.

Lesión.- Daños corporales causados por medios externos, de un modo violento, accidental e independiente de la voluntad del Asegurado, siempre que dichos daños se manifiesten por contusiones o heridas visibles.

Lesiones físicas graves.-

- a. Lesiones físicas que impliquen un riesgo considerable de muerte;
- b. Desfiguramiento físico manifiesto y extenso; o
- c. Pérdida severa de, o deterioro de la función de, un miembro u órgano corporal.

CONDICIÓN CUARTA VIGENCIA

Este seguro entra en vigencia en el día y hora de la fecha de inicio indicada en las condiciones particulares, y terminará en el día y hora de la fecha indicada en dichas condiciones particulares. En caso de no señalarse

la hora, se reputará que inicia y/o termina a las doce (12h00) del meridiano.

CONDICIÓN QUINTA ELEGIBILIDAD

Son elegibles a los efectos de este contrato:

- a. Las personas cuyas edades se encuentren comprendidas en aquellas especificadas en las condiciones particulares de esta Póliza; por tanto, el seguro cesará automáticamente cuando el Asegurado cumpla la edad establecida como límite en dichas condiciones particulares. El Asegurado cumplida la edad límite estipulada en las condiciones particulares podrá solicitar a la Compañía el mantenimiento del seguro, pagando la prima adicional que ésta, en caso de aceptación, considere necesaria;
- b. Las personas que conformen el grupo asegurado al inicio de vigencia de esta Póliza; y,
- c. Las personas que se vinculen con posterioridad al inicio de vigencia de esta Póliza.

CONDICIÓN SEXTA EDAD DEL ASEGURADO

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

Si la edad verdadera del Asegurado resultase mayor que la declarada, y siempre que no sobrepase el límite previsto por la Compañía para este plan de seguro, el valor asegurado se reducirá a la suma que, dada la prima pagada, corresponda proporcionalmente a la prima de la edad verdadera. Si la edad verdadera del Asegurado resultase menor que la declarada, el valor

asegurado se incrementará a la suma que, dada la prima pagada, corresponda proporcionalmente a la prima de la edad verdadera, siempre que 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 Asegurado 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 comprobare que la edad del Asegurado a la fecha de contratarse esta Póliza sobrepasaba la máxima establecida y aprobada para este plan de seguro, el contrato será considerado nulo y la Compañía, asimismo, procederá a devolver al Asegurado o a los Beneficiarios, según corresponda, las primas cobradas, sin intereses.

CONDICIÓN SÉPTIMA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al inicio de este seguro, el Asegurado designará por escrito en las condiciones particulares, a su o sus Beneficiarios con su respectivo porcentaje de participación.

De no encontrarse determinado en las condiciones particulares el porcentaje de participación de los Beneficiarios, se entenderá que a cada uno de ellos les corresponde el mismo porcentaje.

Si el Beneficiario fallece antes que el Asegurado, su correspondiente porcentaje de participación, será repartido equitativamente a los demás Beneficiarios, salvo que el Asegurado designe otro Beneficiario.

En caso de que el Asegurado no haya designado Beneficiarios o en el caso que la muerte sea simultánea, tanto del

Asegurado como de sus Beneficiarios, o en las circunstancias legales establecidas en el Código Civil, la indemnización será entregada a los herederos legales del Asegurado.

CONDICIÓN OCTAVA CAMBIO DE BENEFICIARIOS

No será necesario el consentimiento del Beneficiario, si éste es a título gratuito, para que el Asegurado pueda cambiarlo, mediante aviso escrito a la Compañía o por intermedio del Contratante. Si el Beneficiario es título oneroso, no lo puede hacer, salvo que cuente con la autorización expresa del acreedor.

La nueva designación tendrá efecto en la fecha en que la Compañía es notificada por escrito de dicho cambio, sin perjuicio para la misma con respecto a cualquier pago hecho, basado en los registros en el momento de efectuar dicho pago.

CONDICIÓN NOVENA CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La Compañía emitirá al Contratante para que éste entregue a cada Asegurado bajo la presente Póliza, un certificado individual de seguro, el cual individualizará los datos del Asegurado y le proporcionará un resumen de esta Póliza. Este mismo certificado se utilizará para que el Asegurado nombre sus Beneficiarios, en caso de así preferirlo. A través de un certificado individual de seguro no se podrán alterar las condiciones generales, especiales o particulares de esta Póliza, las cuales prevalecerán en caso de contradicción de acuerdo a la Ley.

En caso de cambio del Beneficiario, la Compañía expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior.

La no emisión de certificados individuales no altera las condiciones de esta Póliza ni los términos contratados por el Contratante.

CONDICIÓN DÉCIMA SUMA ASEGURADA

Este seguro pagará a los Beneficiarios designados, el valor asegurado establecido en las condiciones particulares de la presente Póliza, mismo que 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.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA REGISTROS E INFORMES

El Contratante mantendrá a disposición de la Compañía un registro de los Asegurados bajo esta Póliza estableciendo, por cada persona, los datos particulares relativos a los requisitos de elegibilidad. El Contratante enviará periódicamente a la Compañía, en los formularios de la Compañía, la información referente a las personas elegibles para el seguro bajo la cobertura prevista bajo esta

Póliza que pueda considerarse razonablemente necesario para la administración del seguro bajo esta Póliza y para la determinación de los tipos de prima. Todos los registros del Contratante que puedan estar relacionados con el seguro estarán expuestos a inspección por la Compañía en cualquier momento razonable.

Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviese legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará un ajuste equitativo de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA DECLARACIÓN FALSA O RETICENTE

El Asegurado está obligado a declarar objetivamente el estado del 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, 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 Asegurado, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista en caso de inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado.

Salvo que se pruebe el dolo o mala fe del Asegurado 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

Asegurado, no puede alegar errores, reticencias, inexactitudes o circunstancias no señaladas en la solicitud. Sin perjuicio de las acciones penales correspondientes, si es que el hecho constituye delito.

Conocida la existencia de vicios en la declaración del Asegurado 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.

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

Si el contrato se termina o rescinde por los vicios referidos, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, notificando en ambos casos al Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA CAMBIO DE OCUPACIÓN

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado su ocupación por otra clasificada por la Compañía como más peligrosa que la mencionada en esta Póliza o mientras se dedique por lucro a cualquier trabajo perteneciente a una ocupación clasificada de ese modo, la Compañía pagará únicamente la indemnización convenida en esta Póliza, en relación con la prima pagada por el Asegurado a los tipos y dentro de los límites fijados por la Compañía para la ocupación más peligrosa que la señalada en esta Póliza, la Compañía, al recibir la prueba de dicho cambio de ocupación, reducirá el tipo de la prima de acuerdo con esta Póliza y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada desde la fecha del cambio de ocupación o desde la fecha de la renovación de esta Póliza

inmediatamente procedente al recibo de dicha prueba, cualquiera de ellas que fuere más reciente.

En la aplicación de esta condición, la clasificación del riesgo ocupacional y el tipo de prima serán los mismos que estuvieron vigentes con anterioridad a la ocurrencia de la pérdida por la cual es responsable la Compañía o antes de la fecha de la prueba del cambio de ocupación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

El Contratante y/o Asegurado, previo a la contratación del seguro y durante su vigencia deberá:

- a. Presentar el registro de las personas que conforman el Grupo Asegurado al inicio de vigencia de esta Póliza;
- b. Mantener registro del Grupo Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza y a su pedido la Compañía efectuará las inclusiones y exclusiones respectivas;
- c. Declaración de salud de cada asegurado; y,
- d. Detalle de beneficiarios.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA PAGO DE PRIMA

El Solicitante 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, contra recibo oficial de la Compañía, cancelado por la persona autorizada para la cobranza.

A falta de corresponsables bancarios, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía. 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. Si el pago se hace al agente o intermediario de seguros, su entrega se reputará válida y se entenderá como entregada a la misma Compañía.

En caso de que la Compañía confiera financiamiento al Asegurado para el pago de la prima y éste estuviere en mora, tendrá derecho a cobertura por treinta (30) días más a partir de la fecha en que debió realizar el último pago, luego del cual se suspenderá la cobertura; si estuviere en mora por sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, el contrato terminará en forma automática y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o, estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

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

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se considerará válido sino cuando éste se ha 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.

Si el agente o intermediario de seguros recibe el pago de la nueva prima debe entregar a la Compañía en el plazo de dos días.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA INDISPUTABILIDAD

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes Condiciones Generales el número de registro SCVS-3-4-CG-5-456004420-24112020

Transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, desde la fecha de vigencia de esta Póliza, el seguro de Muerte Accidental es indisputable.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá renovarse por períodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación conforme a la tarifa vigente de la Compañía al tiempo de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA SEGUROS EN OTRA COMPAÑÍAS

Si el Asegurado mantiene suscritas otras pólizas de seguro de accidentes personales, antes o después de la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza, el Asegurado deberá declararlo por escrito a la Compañía y hacerlo mencionar en las condiciones particulares de esta Póliza. Si al momento del fallecimiento del Asegurado existen uno o varios otros seguros declarados sobre el riesgo de muerte del Asegurado, la Compañía queda obligada a pagar el total del valor asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de los Asegurados bajo la presente Póliza, terminará:

- a. Cuando finalice la vigencia de esta Póliza, si ésta no se renueva;
- b. Cuando el Contratante revoque por escrito esta Póliza;
- c. Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurable;
- d. Cuando se haga efectivo el pago del beneficio por la muerte del Asegurado;

- e. Cuando el Asegurado cumpla cualquiera de los límites de edad establecidos en esta Póliza; y,
- f. Cuando estuviere en mora por sesenta (60) días, en el pago de la cuota de la prima, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA

Esta Póliza y/o sus Anexos, terminarán automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

- (a) Por decisión unilateral del Contratante, mediante notificación escrita dirigida a la Compañía, con anticipación no menor de treinta (30) días.
- (b) Cuando al momento de la renovación, el Grupo Asegurable esté conformado por un número inferior al que se acuerde en las condiciones particulares entre la Compañía y el Contratante.
- (c) Por no haber pagado las primas correspondientes, de conformidad con la normativa de seguros vigente.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA AVISO DE SINIESTRO

El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, a la Compañía o a su intermediario, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse, mas no reducirse, por acuerdo de las partes.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante o Beneficiario deberá dar aviso del siniestro a la Compañía o su intermediario hasta tres (3) años, contados a partir de la ocurrencia del

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para la prueba de la pérdida de la vida del Asegurado son:

- a. Formulario de reclamación;
- b. Partida de nacimiento (original o copia certificada) o cédula de identidad o ciudadanía (copia) del Asegurado y Beneficiarios;
- c. Partida de defunción (original o copia certificada);
- d. Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada), de requerirse;
- e. Parte policial (copia certificada), de requerirse;
- f. Certificado de inhumación y sepultura (original o copia certificada), de requerirse;
- g. Certificado de autopsia (copia certificada), de requerirse;
- h. Posesión efectiva de herederos legales (original o copia certificada), si no hubieren beneficiarios designados; y,
- i. Declaratoria de muerte presunta (original o copia certificada), de ser el caso.
- j. Documentos que justifiquen que existió la fuerza mayor para la imposibilidad de presentar la documentación antes descrita.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

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-5-456004420-24112020

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver, durante el trámite de una reclamación bajo esta Póliza y de efectuar autopsia, cuando no fuere prohibido por la ley.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El o los Beneficiarios del seguro, pierden el derecho a la indemnización, si como autores o cómplices, hubiesen provocado intencionalmente la muerte del Asegurado.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La indemnización por pérdida accidental de la vida del Asegurado es pagadera a los Beneficiarios, si éstos sobreviven al Asegurado, caso contrario a los herederos del Asegurado.

La Compañía deducirá 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Ocurrido el siniestro, la Compañía tramitará el requerimiento de pago una vez que el Contratante o Beneficiario, según el caso, formalicen la solicitud presentando los documentos previstos en la presente Póliza, pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia.

La Compañía aceptará o negará, motivando su decisión, 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 Contratante o Beneficiario, según el caso, podrá iniciar las acciones señaladas en el artículo 42 de la Ley General de Seguros.

Los pagos de dichas indemnizaciones deberán hacerlo mediante transferencias, medios de pago electrónicos y mecanismos avalados por las autoridades en materia de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA CESIÓN DE ESTA PÓLIZA

La presente Póliza no podrá cederse ni endosarse, antes o después del siniestro, sin previo conocimiento y autorización escrita de la Compañía. La cesión o endoso que se efectuare contraviniendo lo dispuesto en esta condición, privará al Asegurado o a quien éste hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA ARBITRAJE, MEDIACIÓN O RECLAMO ADMINISTRATIVO

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, podrá someterse a los jueces competentes; o, de común acuerdo entre las Partes y previa suscripción de clausula compromisoria, a arbitraje o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el país. En cuyo caso, los

árbitros deberán, no obstante, juzgar desde el punto de vista de la práctica del seguro que de estricto derecho. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes. Las partes no quedan obligadas al arbitraje en base a este artículo.

Si el Asegurado o Beneficiario no se allana a las objeciones de la Compañía respecto al pago de la indemnización, también podrá presentar el reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la Compañía que justifique su negativa al pago. El organismo de control dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo y ordenando el pago del siniestro después de notificada la resolución, o negándolo. El Asegurado estará facultado en todo momento para presentar un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, o a someter la controversia a la vía judicial, sin perjuicio de su facultad de acordar con el asegurador, una vez producido el siniestro, el sometimiento del conflicto al arbitraje u otro medio de solución de controversias.

CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para efectos del presente contrato de seguro, deberá hacerse por escrito a los medios de comunicación físicos, telemáticos y electrónicos que se incluyen en las Condiciones Particulares.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio o controversia que se suscitare entre la Compañía y el Contratante, Asegurado o Beneficiario, con motivo del presente contrato de seguro, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser

deducidas en el domicilio de ésta o en el lugar donde se hubiere emitido la presente Póliza, a elección del Contratante, Asegurado o Beneficiario; las acciones contra el Asegurado o el Beneficiario, en el domicilio del demandado.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA PRIMERA PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el o los Beneficiarios demuestren no haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que se tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco (5) años desde ocurrido el siniestro.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA SEGUNDA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En caso de suscitarse cualquier litigio entre la compañía y el solicitante, asegurados o beneficiarios, a consecuencia o en relación con el presente contrato, las partes podrán acudir a cualquiera de las siguientes instancias: a) a la justicia ordinaria b) Presentar un reclamo administrativo en la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros c) someterse a procedimiento arbitral ante cualquier centro de mediación arbitral legalmente establecido en el país, de conformidad con lo establecido en la condición vigésima octava.

CONDICIÓN TRIGÉSIMA TERCERA AMPAROS O COBERTURAS ADICIONALES

El Contratante y/o asegurado podrá contratar mediante convenio expreso y

en forma adicional a la cobertura básica y con costo de prima adicional los siguientes amparos:

1. Anexo de Cobertura por Incapacidad Total y Permanente por accidente
2. Anexo de Cobertura por pérdida de extremidades vista, oído o voz por accidente
3. Anexo de reembolso de Gastos Médicos por accidente
4. Anexo de Renta por Hospitalización por accidente
5. Anexo de Renta Mensual por Alimentación por Muerte Accidental
6. Anexo de Gastos de Ambulancia por accidente
7. Anexo de Gastos Dentales por accidente
8. Anexo de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental
9. Anexo de Gastos Educativos por Muerte Accidental
10. Anexo de Cobertura de Cuadraplejia

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

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará al Asegurado, la suma principal consignada en las condiciones particulares, deduciendo cualquier otra cantidad pagada o pagadera bajo la Póliza como resultado del mismo accidente, si el Asegurado sufre a causa de dicho accidente cubierto bajo la Póliza y como resultado quedare total y permanentemente incapacitado que le impidan desempeñar un trabajo remunerado de acuerdo a su educación, formación o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya comenzado dentro de los ciento ochenta (180) días después del accidente y continuare por doce (12) meses consecutivos.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el beneficio previsto en este Anexo, si la incapacidad del Asegurado se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Incapacidad parcial o temporal; y,
- b. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al

miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por incapacidad total y permanente del Asegurado, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tal lesión. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

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

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

- a. Formulario de reclamación;
- b. Radiografías;
- c. Historia clínica (copia); y,
- d. Informe del médico tratante (original o copia certificada).

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura por Incapacidad Total y Permanente por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-28-456004420-24112020

**CONDICIÓN QUINTA
DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN
CASO DE SINIESTRO**

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

**CONDICIÓN SEXTA
PÉRDIDA DE DERECHO A LA
INDEMNIZACIÓN**

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

**CONDICIÓN SÉPTIMA
LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO**

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes

Personales, la indemnización por incapacidad total y permanente no es adicional al seguro de vida, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del Asegurado incapacitado.

Si el Asegurado falleciere después que se ha suministrado a la Compañía debida prueba de su incapacidad pero antes de que se le haya hecho pago alguno, la indemnización bajo esta estipulación se pagará a los Beneficiarios.

Si el Asegurado falleciere después que se hayan realizado pagos bajo esta cobertura, el remanente, si lo hubiere, de la indemnización bajo esta estipulación se pagará a los Beneficiarios.

**CONDICIÓN OCTAVA
TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO**

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura por Incapacidad Total y Permanente por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-28-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE COBERTURA POR PÉRDIDA DE EXTREMIDADES, VISTA, OÍDO O VOZ POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará al Asegurado, si éste sufre un accidente cubierto bajo la Póliza y como resultado del mismo, cause cualquiera de las pérdidas descritas a continuación dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente:

Ambos brazos o ambas piernas	100%
Ambas manos o ambos pies	100%
Un brazo y una pierna	100%
Una mano y un pie	100%
Cualquier mano o pie y la vista de un ojo	100%
Vista de ambos ojos	100%
Pérdida total y completa del habla	100%
Pérdida total y completa de la audición	100%
Enajenación mental incurable que lo incapacite para todo trabajo	100%
Cualquier mano o pie, o un brazo o una pierna	50%
Vista de un ojo	50%
Pérdida total y completa de un oído	50%
Dedo pulgar e índice de la misma mano	25%
Dedo pulgar de la mano	15%
Cada uno de los otros dedos de la mano	5%
Dedo grande del pie	5%

Cada uno de los otros dedos del pie 3%

PÉRDIDA según se usa en este amparo con referencia a las extremidades, significa la separación completa por amputación, o la inutilización por impotencia funcional definitiva de dichas extremidades; y según se emplea con referencia a los ojos, oído o voz significa pérdida total e irrecuperable de éstos.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiere producido por amputación total; y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratare de otros dedos.

Los porcentajes antes citados pueden ser aumentados de común acuerdo por las partes en las condiciones particulares de la Póliza.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará los beneficios previstos en este Anexo, si la pérdida de extremidades, vista, oído o voz del Asegurado se deba, como consecuencia de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura por pérdida de Extremidades Vista, Oído, o Voz por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-29-456004420-24112020

Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por pérdida de extremidades, vista, oído o voz por accidente, la notificación se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tal lesión. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

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

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

- a. Formulario de reclamación;
- b. Radiografías;
- c. Historia clínica (copia); y,
- d. Informe del médico tratante (original o copia certificada).

CONDICIÓN QUINTA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la

veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

CONDICIÓN SEXTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, en caso de sufrir más de una pérdida en un mismo accidente, la Compañía no pagará más del cien por ciento (100%) del monto asegurado por persona bajo la Póliza.

Si la muerte sobreviene después de haber pagado cualquiera de las indemnizaciones mencionadas, ese valor se considera como parte de la indemnización de la cobertura de Muerte Accidental y la Compañía sólo estará obligada a completar la diferencia hasta cubrir el cien por ciento (100%) del valor asegurado por persona.

CONDICIÓN OCTAVA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura por pérdida de Extremidades Vista, Oído, o Voz por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-29-456004420-24112020

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cobertura por pérdida de Extremidades Vista, Oído, o Voz por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-29-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite previsto en las condiciones particulares y en exceso del deducible (si lo hubiere), los gastos reales incurridos, si las lesiones sufridas por el Asegurado dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, requieren tratamiento médico o quirúrgico, mismos que incluyen honorarios de médicos, quiroprácticos y enfermeros legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión; medicinas, rayos x, exámenes de laboratorio, gastos de hospitalización y ambulancia.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no reembolsará ningún gasto previsto en este Anexo, que se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos;
- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer;

- c. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- d. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente; y,
- e. Exámenes físicos o de rutina.

CONDICIÓN TERCERA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios de gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos, el Asegurado podrá hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga; en dicho caso, la Compañía no exigirá la presentación de facturas originales si en vez de ellas se presentan los documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado, de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por cien (100%) de los gastos cubiertos ni exceda de la suma asegurada.

CONDICIÓN CUARTA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por gastos médicos, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tales gastos. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-30-456004420-24112020

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

CONDICIÓN QUINTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

- a. Formulario de reclamación;
- b. Facturas de gastos incurridos (original);
- c. Recetas médicas (original); y,
- d. Exámenes y radiografías.

CONDICIÓN SEXTA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

CONDICIÓN OCTAVA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, el tratamiento médico puede ser recibido en cualquier clínica u hospital del país o del extranjero legalmente autorizado para su funcionamiento. La Compañía no pagará pasajes ni otros gastos de traslado.

La indemnización de gastos médicos por accidente, hasta el límite previsto en las condiciones particulares de la Póliza, es adicional a las de muerte, desmembración y/o invalidez total y permanente, y se pagará sin perjuicio de éstas.

CONDICIÓN NOVENA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-30-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará el beneficio diario o semanal indicado en las condiciones particulares, por cada día que el Asegurado esté hospitalizado, en exceso del deducible (si lo hubiere) y hasta el máximo de días establecido en dichas condiciones particulares, si el Asegurado, a causa de un accidente cubierto bajo la Póliza de Accidentes Personales fuere hospitalizado necesariamente por un período ininterrumpido.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el beneficio previsto en este Anexo, cuando la lesión corporal del Asegurado se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos;
- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer;

- c. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- d. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente; y,
- e. Exámenes físicos o de rutina.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación del beneficio por hospitalización, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya hospitalizado. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

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

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Renta por Hospitalización por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-31-456004420-24112020

- a. Formulario de reclamación;
- b. Certificado médico y/o factura con fecha de ingreso, salida del hospital o clínica y diagnóstico médico (original); y,
- c. Historia clínica (copia)
- d. Documentos que justifiquen que existió la fuerza mayor para la imposibilidad de presentar la documentación antes descrita.

CONDICIÓN QUINTA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

CONDICIÓN SEXTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

El beneficio que se otorga al Asegurado bajo este Anexo es adicional e independiente de la indemnización principal que corresponda pagar en caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, la desmembración o la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Renta por Hospitalización por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-31-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE RENTA MENSUAL POR ALIMENTACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, el valor estipulado en las condiciones particulares, en doce (12) meses, para ser aplicado únicamente bajo concepto de alimentación, si las lesiones sufridas por el Asegurado a causa de un accidente cubierto produzcan la muerte del mismo.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el beneficio previsto en este Anexo, si la pérdida de la vida del Asegurado se produce como consecuencia de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por renta mensual por alimentación, la notificación se hará a la Compañía o a su intermediario hasta tres (3) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro. El intermediario está obligado

a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son los mismos señalados en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, que prueban la pérdida de la vida del Asegurado.

CONDICIÓN QUINTA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, el beneficio que se otorga bajo este Anexo es adicional e independiente de la indemnización principal que corresponda pagar por el fallecimiento del Asegurado.

CONDICIÓN SEXTA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Renta Mensual por Alimentación por Muerte Accidental el número de registro SCVS-3-4-CA-32-456004420-24112020

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Renta Mensual por Alimentación por Muerte Accidental el número de registro SCVS-3-4-CA-32-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE GASTOS DE AMBULANCIA POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará hasta el monto máximo previsto en las condiciones particulares, si las lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto requieren utilizar una ambulancia.

Entendiéndose por ambulancia, el medio de transporte que se encuentre debidamente equipado y autorizado para el traslado aéreo o terrestre de personas hacia un centro hospitalario con asistencia médica incluida.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no reembolsará ningún gasto previsto en este Anexo, que se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos;
- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer;

- c. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- d. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente; y,
- e. Exámenes físicos o de rutina.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por el uso de una ambulancia, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tal uso. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

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

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos de Ambulancia por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-33-456004420-24112020

- a. Formulario de reclamación; y,
- b. Factura por servicio de ambulancia (original).

CONDICIÓN QUINTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, la indemnización por el uso de una ambulancia, hasta el límite previsto en las condiciones particulares de la Póliza, es adicional a las de muerte, desmembración y/o invalidez total y permanente, y se pagará sin perjuicio de éstas.

CONDICIÓN SEXTA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

CONDICIÓN SEXTA

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos de Ambulancia por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-33-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO DE GASTOS DENTALES POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:
CONTRATANTE:
ASEGURADO:
VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA
AMPARO

La Compañía pagará hasta el monto máximo previsto en las condiciones particulares, si las lesiones sufridas por el Asegurado causadas por un accidente cubierto, afectan directamente su dentadura.

CONDICIÓN SEGUNDA
EXCLUSIONES

La Compañía no reembolsará ningún gasto previsto en este Anexo, que se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos;
- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer;
- c. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- d. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente; y,
- e. Exámenes físicos o de rutina.

CONDICIÓN TERCERA
AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por gastos dentales, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tal lesión. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

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

CONDICIÓN CUARTA
DOCUMENTOS NECESARIOS PARA
PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

- a. Formulario de reclamación;
- b. Radiografías dentales;
- c. Informe médico (original); y,
- d. Facturas y/o recibos detallados de los médicos (original)

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos Dentales por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-34-456004420-24112020

CONDICIÓN SÉPTIMA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, la indemnización de gastos dentales por accidente, hasta el límite previsto en las condiciones particulares de la Póliza, es adicional al monto establecido en el beneficio de gastos médicos por accidente.

CONDICIÓN OCTAVA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

CONDICIÓN QUINTA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

CONDICIÓN SEXTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos Dentales por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-34-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL

PÓLIZA No.:
CONTRATANTE:
ASEGURADO:
VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en las condiciones particulares, por los gastos a continuación descritos, si las lesiones sufridas por el Asegurado a causa de un accidente cubierto producen la muerte del mismo:

- a. Honorarios médicos al profesional en medicina que hubiere realizado el proceso de formolización;
- b. Transporte del Asegurado fallecido desde el hospital al domicilio, a la sala de velaciones y/o desde ésta última al cementerio;
- c. Arriendo o alquiler de sala de velaciones, compra de ataúd o féretro, costo de servicios religiosos destinados específicamente al servicio funerario y costos devengados en concepto de cremación; y,
- d. Nicho en arrendamiento o a perpetuidad.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará los gastos previstos en este Anexo, si la pérdida de la vida del Asegurado se produce como consecuencia de los accidentes

y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por gastos de sepelio, la notificación se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento de la muerte accidental del Asegurado. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

El Contratante y/o Beneficiario podrán justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, de cumplir con este deber.

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

- a. Formulario de reclamación; y,

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental el número de registro SCVS-3-4-CA-35-456004420-24112020

b. Facturas y/o recibos de gastos de funeral (original).

principal que corresponda pagar por el fallecimiento del Asegurado.

CONDICIÓN QUINTA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, el beneficio que se otorga bajo este Anexo es adicional e independiente de la indemnización

CONDICIÓN SEXTA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental el número de registro SCVS-3-4-CA-35-456004420-24112020

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE GASTOS EDUCACIONALES POR MUERTE ACCIDENTAL

PÓLIZA No.:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, en forma mensual y consecutiva, los gastos educacionales durante cada ciclo lectivo, mientras éstos sean debidamente justificados, hasta llegar al monto máximo estipulado en las condiciones particulares, o a la finalización de los estudios, lo que ocurra primero, si las lesiones sufridas por el Asegurado a causa de un accidente cubierto, producen la muerte del mismo.

Este beneficio se extiende a amparar los siguientes gastos educacionales:

- a. Matrículas anuales, excluyendo costos de pupilaje y/o alimentación, cobradas por una institución educacional para el correspondiente año lectivo.
- b. Pensiones mensuales, excluyendo costos de pupilaje y/o alimentación, cobradas por la institución educacional en la cual los beneficiarios se hubiesen previamente matriculado.

Los beneficios descritos serán únicamente a favor de los hijos quienes, a la fecha del siniestro, dependan económicamente del

Asegurado y sean estudiantes en cualquier institución educacional.

El término hijo dependiente significará cualquier hijo de estado civil soltero, que figure en las condiciones particulares como beneficiario y a la fecha del siniestro se encuentre como dependiente directo del Asegurado. La edad máxima del hijo dependiente a ser contemplada en este beneficio será de veintitrés (23) años cumplidos.

- c. La Compañía pagará también, el costo de matrículas y pensiones, exceptuando costos de pupilaje y/o alimentación en caso de que el cónyuge sobreviviente optare por su inscripción en cualquier programa de entrenamiento profesional cuyo propósito sea el obtener un medio de soporte para su mantenimiento y el de sus hijos.

Para el caso del cónyuge sobreviviente, el pago del beneficio expuesto contemplará un máximo de veinte (20) meses o dos (2) años lectivos.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el beneficio previsto en este Anexo, si la pérdida de la vida del Asegurado se produce como consecuencia de los accidentes y/o

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos Educacionales por Muerte Accidental el número de registro SCVS-3-4-CA-36-456004420-24112020

riesgos excluidos en la Póliza de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por gastos educacionales, la notificación se hará a la Compañía o a su intermediario hasta tres (3) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son los mismos señalados en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, que prueban la pérdida de la vida del Asegurado.

Adicionalmente, se deberá presentar:

a. Certificado de matrícula, pensiones y transporte escolar (original).

CONDICIÓN QUINTA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, el beneficio que se otorga bajo este Anexo es adicional e independiente de la indemnización principal que corresponda pagar por el fallecimiento del Asegurado.

CONDICIÓN SEXTA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos Educacionales por Muerte Accidental el número de registro SCVS-3-4-CA-36-456004420-24112020

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE COBERTURA DE CUADRAPLEJIA

PÓLIZA NO:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía cubre al Asegurado la cuádruplejia como consecuencia de un accidente amparado por este seguro, entendiéndose como tal, la parálisis total y permanente de las extremidades superiores y de las inferiores, incluyendo la pérdida total o funcional de las mismas.

La suma asegurada a pagar al Asegurado por este amparo, corresponderá a la prevista en las condiciones particulares de la Póliza. El límite máximo indemnizable bajo este amparo corresponderá al valor que resulte de restar al valor asegurado cualquier otra suma pagada o pagadera bajo esta Póliza, por los amparos de muerte, desmembración, incapacidad total y permanente, como resultado de cualquier accidente amparado que ocurra durante la vigencia de la Póliza.

Éste amparo está sujeto a la concurrencia de los siguientes requisitos de ingreso y permanencia en cuanto a la edad del Asegurado:

Edad máxima de ingreso: → Sesenta y cinco (65) años

Edad máxima de permanencia, esto es hasta cuando produce efectos la cobertura: → Setenta (70) años

En caso de que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia durante la vigencia del presente amparo, se conviene expresamente que el seguro continuará vigente sólo hasta la finalización de la vigencia indicada claramente en las condiciones particulares de la Póliza o en la fecha indicada en el respectivo anexo de renovación.

CONDICIÓN SEGUNDA EDAD LIMITE

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cuádruplejia el número de registro SCVS-3-4-CA-37-456004420-24112020

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

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Cuadrapleja el número de registro SCVS-3-4-CA-37-456004420-24112020