



Sucursal Quito

EKOPARK, Vía a Nayón y Av. Simón Bolívar; Torre IV,
piso 5

Sucursal Guayaquil

Teléfono: (593-2) 373 1810
Edificio World Trade Center, Torre A, Piso 15

Sucursal Cuenca

Teléfono: (593 4) 373 1810
Edificio Produbanco, Piso 3, Av. Fray Vicente Solano y Av. del Estadio
Teléfono: (593 7) 373 1810
RUC: 1790516008001
www.chubb.com/ec

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES ANEXO DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PÓLIZA N°:

CONTRATANTE:

ASEGURADO:

VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Queda entendido y convenido que, sujeto a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la póliza arriba citada, a la cual se adhiere este Anexo y, sujeto al pago de la prima extra por parte del Contratante y/o Asegurado, el seguro se extiende a cubrir los gastos de incapacidad total y permanente del Asegurado, bajo las siguientes estipulaciones:

1. COBERTURA:

Una vez iniciada la vigencia de este Anexo y estando la póliza en pleno vigor, la Compañía pagará al Asegurado el monto del seguro contratado, menos cualquier otra suma pagada o que deba pagarse bajo esta póliza como resultado del mismo accidente, si éste quedare incapacitado en forma total y permanente a raíz de una accidente, de manera que esta le impida en forma total y de por vida desarrollar actividades lucrativas por sus propios medios, de las que pudiera derivar sustento o ganancia, siempre que dicha incapacidad haya durado por un período continuo no menor de noventa (90) días contados a partir de la fecha del accidente.

A no ser que se estipule lo contrario en las condiciones particulares, la cobertura por incapacidad total y permanente no es acumulable al seguro por muerte, por tanto, pagada la cobertura por incapacidad, la Compañía queda liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de muerte del Asegurado incapacitado.

2. EXCLUSIONES:

Queda excluida de la cobertura que proporciona este seguro, la incapacidad que provenga de, o tenga su origen en, uno de los siguientes hechos:

- a) Enfermedades y dolencias, sean corporales o mentales;
- b) Influencia de estupefacientes o bebidas alcohólicas, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales;
- c) Heridas autoinfligidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales;
- d) Guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra (ya sea declarada o no), motín, sublevación, conmoción civil, huelga, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, golpe militar, ley marcial o estado de sitio;
- e) Servicio militar del Asegurado en las fuerzas armadas de cualquier país o cuerpo internacional, ya sea en tiempo de guerra o de paz, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización. En estos casos, la Compañía al ser notificada por el Asegurado, devolverá la prima correspondiente al periodo que falte hasta el vencimiento de la Póliza;
- f) Accidentes producidos mientras el Asegurado comete actos delictivos, infracciones a las leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o resistencia al arresto policíaco;
- g) Viajes aéreos que se realicen en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros y que no operen sobre una ruta establecida, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.

- h) Carreras de velocidad o resistencia;
- i) Anomalías congénitas y condiciones resultantes de las mismas;
- j) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales y los causados estando bajo la influencia de drogas o alcohol;
- k) Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña;
- l) Intervención en cualquier tipo de competencias y/o carreras sobre ruedas, a caballo, en barcos, o esquí acuático;
- m) Accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos X, o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo;
- n) Enfermedades, accidentes, lesiones orgánicas o trastornos funcionales originados con anterioridad al ingreso a este seguro;
- o) Cuando el diagnóstico sea realizado por un miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.

El Asegurado o beneficiario deberá, como condición precedente a toda obligación de la Compañía, probar que la pérdida no fue consecuencia de, o causado por, alguna de las circunstancias que han sido excluidas.

EXCLUSION OFAC: La cobertura otorgada bajo la presente póliza no ampara ninguna exposición proveniente de, o relacionada con, ningún país, organización o persona que se encuentre actualmente sancionado, embargado o con él o la cual haya limitaciones comerciales impuestas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento de Tesorería de Estados Unidos (U.S. Treasury Department: Office of Foreign Assets Control).

3. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD:

Por incapacidad total y permanente se entenderá el estado de salud por el cual el Asegurado se encuentra impedido de ejercer alguna ocupación que le proporcione una remuneración pecuniaria acorde con su capacidad, fuerza laboral y formación práctica o teórica.

4. MONTO DEL SEGURO:

El monto por el cual el Asegurado se encuentra amparado bajo este seguro queda estipulado en las condiciones particulares de la póliza.

5. AVISO DEL SINIESTRO:

La ocurrencia del accidente causante de las lesiones corporales mencionadas en este Anexo deberá ser notificada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de tal evento. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

El Asegurado o beneficiario podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, para cumplir con este deber. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder el tiempo señalado en el Art. 729 del Código de Comercio.

6. REVISIÓN MÉDICA:

La Compañía podrá examinar al Asegurado cuando y tantas veces fueren necesarias, antes y después de efectuar el pago de la cobertura.

7. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA SUBSTANCIACIÓN DEL SINIESTRO:

La Compañía pagará la cobertura bajo el presente seguro una vez que tenga en su poder los siguientes documentos:

- a. Formulario de reclamación.
- b. Copia a color de la cédula de ciudadanía del Asegurado,
- c. Certificado de discapacidad emitido por la autoridad competente
- d. Informe del médico auditor de la Compañía certificando la incapacidad total y permanente del Asegurado.
- e. Informe de las autoridades de tránsito, cuando es accidente automovilístico.
- f. Historia clínica completa.

8. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO OTORGADO POR ESTE ANEXO

Durante la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado podrá solicitar unilateralmente la terminación anticipada de esta Póliza; por su parte, la Compañía sólo podrá dar por terminado el seguro en los casos previstos en el Código de Comercio como son: el incumplimiento por parte del Asegurado a lo estipulado en la cláusula Modificación del Estado del Riesgo especificada en estas condiciones, incumplimiento en el pago de la prima, tal como se encuentra establecido en la cláusula "Pago de la prima", en caso existir dolo o mala fe por parte del Asegurado y en caso de liquidación. En cualquiera de los casos, las partes deberán notificar su decisión por escrito e incluso por medios electrónicos, teniendo la Compañía el derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido y a exigir su pago, así también el pago de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o, estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

Lugar y Fecha:

Solicitante

La Compañía

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

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo el registro número SCVS-3-4-CA-431-484004425-20022026.