

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**CONDICIONES GENERALES**

Conste por el presente instrumento que, Zurich Seguros Ecuador S.A., en consideración al pago de la prima efectuado por el Asegurado, en la forma determinada al momento de la suscripción del contrato de seguro, acuerda asegurar contra las pérdidas y los gastos sufridos e incurridos por el Asegurado, incluyendo la muerte, generadas de forma accidental bajo los términos y condiciones de la presente Póliza, al tenor de las siguientes cláusulas:

Art. 1 AMPARO BÁSICO

Este seguro cubre las lesiones corporales o muerte ocasionada por cualquier tipo de accidente, en cualquier parte del mundo, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

a. Muerte accidental

Cuando la lesión corporal cause la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta días 180 días siguientes a la fecha del accidente, la compañía pagará la suma asegurada principal como indemnización por pérdida accidental de la vida.

b. Incapacidad total y permanente

Si el Asegurado sufre un accidente amparado y como resultado del mismo quedare total y permanentemente incapacitado para desempeñar cualquier ocupación o empleo, siempre que dicha incapacidad haya comenzado dentro de los ciento veinte (120) días después del accidente, entonces la Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada, deduciendo cualquier otra cantidad pagada o pagadera bajo esta Póliza como resultado del mismo accidente. La indemnización por incapacidad total y permanente, se sujetará a los siguientes porcentajes, aplicados a la suma asegurada

• Pérdida de la visión de un ojo sin mutilación	30%
• Pérdida total de un ojo	25%
• Reducción de la mitad de la visión binocular	20%
• Pérdida del sentido de ambos oídos	50%
• Pérdida del sentido de un oído	15%
• Pérdida del movimiento del pulgar	
a. total	10%
b. parcial falange unguinal	5%
• Pérdida completa del movimiento de la rodilla	
a. en flexión	25%
b. en extensión	15%
• Pérdida completa del movimiento del empeine	15%
• Pérdida completa de una pierna	50%
• Pérdida completa de un pie	40%
• Amputación parcial de un pie	20%
• Amputación del dedo gordo del pie	8%
• Amputación de uno de los demás dedos de un pie	3%
• Pérdida del movimiento del dedo gordo del pie	3 ½%
• Acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	20%
• Acortamiento de por lo menos 3 cm de un miembro inferior	10%

DERECHO

IZQUIERDO

• Pérdida completa del brazo o de la mano	60%	50%
• Pérdida completa del movimiento del hombro	30%	25%
• Pérdida completa del movimiento del codo	25%	20%
• Pérdida completa del movimiento de la muñeca	20%	15%
• Amputación total del pulgar	20%	15%
• Amputación de la falange unguinal del pulgar	10%	8%
• Amputación total del índice	15%	10%
• Amputación parcial del índice:		
a. 2 falanges	10%	8%
b. Falange unguinal	5%	19%
• Pérdida completa del pulgar e índice	30%	25%
• Pérdida completa de 3 dedos comprendidos el pulgar e índice	33%	27%
• Pérdida completa del índice y de un dedo que no sea el pulgar	20%	16%
• Pérdida completa de un dedo que no sea ni el índice ni el pulgar	8%	6%
• Pérdida completa de 4 dedos	35%	30%
• Pérdida completa de 4 dedos comprendidos el pulgar	45%	40%

En ningún caso la Compañía está obligada a pagar valores superiores a la suma asegurada de esta Póliza.

c. Gastos médicos

Si como resultado de un accidente, las lesiones sufridas por el Asegurado requieren asistencia médica o quirúrgica, hospitalización o cuidado de enfermeras, la Compañía pagará los gastos reales en que hubiese incurrido el Asegurado por tales conceptos, incluyendo medicamentos, cuando dichos gastos se hubieren generado por prescripción médica y dentro del período contado desde el día del accidente hasta los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia, pero sin exceder de la cantidad pagadera en conjunto que se estipula como suma asegurada.

Los honorarios solo serán cubiertos por la Compañía si son de médicos y enfermeras graduadas y oficialmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Art. 2 AMPAROS OPCIONALES

Los amparos opcionales son los descritos en la solicitud de seguro que forma parte de esta Póliza. El Asegurado deberá elegir los amparos opcionales que desee contratar con la Compañía, siempre y cuando sea convenido en las condiciones particulares de esta Póliza:

a. Gastos de sepelio

En caso de pérdida de la vida por accidente, la Compañía reembolsará, hasta el límite estipulado para esta cobertura, únicamente, los gastos que se hubieran realizado en el proceso de formolización, transporte o traslado del fallecido, alquiler de sala de velaciones; compra de sarcófago; servicios funerarios y/o costos de cremación.

b. Gastos de ambulancia

Si las lesiones accidentales sufridas por el Asegurado requieren utilizar una ambulancia, la Compañía pagará hasta el límite estipulado para esta cobertura.

c. Renta mensual para canasta familiar

Si las lesiones accidentales sufridas por el Asegurado principal causan la muerte del mismo, la Compañía pagará hasta el límite estipulado en las condiciones particulares de la Póliza como renta mensual para canasta familiar, a los beneficiarios designados por el Asegurado hasta un período máximo de doce (12) meses. En este caso la indemnización será pagada de forma mensual hasta el límite convenido.

d. Beca estudiantil

En caso de muerte accidental del Asegurado, la Compañía pagará hasta el límite estipulado en las condiciones particulares para esta cobertura, a cada hijo del Asegurado que sea menor de veinte y un (21) años, soltero, estudiante a tiempo completo y dependiente económicamente del Asegurado hasta un período máximo de doce (12) meses. En este caso la indemnización será pagada de forma mensual hasta el límite convenido.

e. Renta mensual por hospitalización por accidente

Si el Asegurado, a causa de un accidente ocurrido después de la fecha de iniciada la cobertura de esta Póliza, es hospitalizado por un período ininterrumpido, la Compañía pagará el beneficio diario o semanal convenido como renta mensual por hospitalización por accidente, en exceso del deducible y hasta el máximo de días establecido en dichas condiciones particulares.

Art. 3 RIESGOS EXCLUIDOS

a) Esta Póliza no ampara las pérdidas o daños que sean causadas directa o indirectamente por:

1. Infecciones bacterianas (excepto infecciones biogénicas que se deriven de cortadura o herida accidental).
2. Enfermedades de cualquier tipo.
3. Tratamiento médico quirúrgico (excepto el que se necesite a consecuencia de accidentes cubiertos por esta Póliza).
4. Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia.
5. Suicidio o tentativa de suicidio (esté o no el asegurado en su sano juicio).
6. Heridas auto infligidas intencionalmente.
7. Participación en deportes y competencias extremas y peligrosas.
8. Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, así como tampoco cubre pérdidas o daños a los miembros de la tripulación de cualquier aeronave. Mediante condiciones especiales a esta Póliza, la cobertura podrá extenderse a amparar al Asegurado cuando viaje como pasajero, o mientras esté subiendo a o esté bajando de un avión de pasajeros operado por una empresa área no comercial pero legalmente autorizada, en vuelo regular, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o en vuelo especial o contratado y manejado por piloto con la debida licencia al día y válida para el tipo de aviación y vuelo, entre aeropuertos establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo y que se encuentren en debido estado de mantenimiento y conservación.
9. Guerra civil o internacional, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad y operaciones de guerra (haya o no declaración de guerra), rebelión o sedición.
10. Emisión de radiaciones, ionizantes o contaminación por radio actividad de cualquier combustible nuclear.
11. Mientras el asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
12. Procesos médicos relacionados con el virus VIH o SIDA.
13. Cualquier acto terrorista.

b) Esta Póliza no cubre la hospitalización por:

- Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, enfermedades de órganos reproductivos de la mujer.
- Exámenes físicos de rutina o cualquier otro de laboratorios o exámenes de rayos X.
- Suicidio o tentativa de suicidio, esté o no el asegurado en su sano juicio.
- Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente.
- Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación de las mismas.
- Cualquier desorden mental o nervioso, o curas de descanso.
- Alcoholismo, uso de narcóticos, o de estupefacientes y tratamiento de los mismos
- 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.
- Procesos médicos relacionados con el virus VIH o SIDA.

Art. 4 DEFINICIONES

DEDUCIBLE: El asegurado soportará, por su cuenta en cada evento y, de ser el caso, para cada cobertura o amparo adicional, el valor del o los deducibles que se hubiesen convenido en las condiciones particulares de la Póliza, los que la Compañía descontará del monto de la indemnización.

ACCIDENTE: Evento o acción imprevista, fortuita y ocasional originada por una fuerza externa e independiente a la voluntad del Asegurado, que produce lesiones corporales clínicamente comprobadas, de la que pueda sobrevenir muerte o incapacidad permanente total o parcial del Asegurado.

HOSPITAL: Establecimiento que tenga licencia válida otorgada por autoridad competente, que se desempeñe en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, que tengan servicio médico disponible a toda hora con profesionales en la medicina legalmente titulados, cuente con servicio de enfermería, durante las veinticuatro (24) horas del día, con enfermera(o) titulada(o), que tengan facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía y no sea casa de reposo, ancianito, casa de convalecencia o institución similar.

PÉRDIDA: 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 o irrecuperable de éstos.

HIJO DEPENDIENTE: Hijo(s) de estado civil soltero(s), que figure(n) en esta Póliza como beneficiario(s) directo(s) del Asegurado, con una edad máxima de veintitrés (23) años cumplidos.

AMBULANCIA: Medio de transporte que se encuentra debidamente equipado y autorizado para el traslado aéreo o terrestre de personas hacia un centro hospitalario con asistencia médica incluida.

PERIODO DE CARENCIA: Tiempo en el cual las coberturas aún no están activas, es decir, el tiempo que ha de transcurrir entre el inicio del seguro y la posibilidad de la utilización de la cobertura.

Art. 5 VIGENCIA

La vigencia de esta Póliza inicia y termina automáticamente en las fechas de inicio y vencimiento estipuladas en las condiciones particulares de la misma.

Art. 6 ELEGIBILIDAD

Son asegurables para los efectos de esta Póliza, las personas con edades comprendidas entre los quince (15) años y los sesenta y seis (66) años de edad.

Art. 7 LIMITE DE EDAD

El seguro cesará automáticamente cumplido los sesenta y seis (66) años de edad, por lo cual la Compañía reembolsará la parte proporcional 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, pagado la prima adicional que ésta, en caso de aceptación, considere necesaria.

Límite Catastrófico

Si la presente Póliza cubre a más de una persona, en el caso de concurrir varias de ellas en un solo accidente, se fija como máxima cantidad a indemnizar por parte de la Compañía, la suma estipulada en las condiciones particulares de esta Póliza como límite catastrófico, pudiendo ser modificada mediante cláusula adicional.

Art. 8 OPCIONES DE LIQUIDACIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR FALLECIMIENTO

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

a) Opción de pago único: la Compañía pagará íntegramente el valor asegurado en un pago único.

b) Opción de pago en cuotas: el Asegurado determinará el número de cuotas mensuales en las que el beneficiario retirará el importe del valor asegurado a su favor, pudiendo optar por un período fijo de pago del monto proporcional del valor asegurado de cinco (5), diez (10), quince (15), veinte (20) o veinticinco (25) años. Dicho período figura en las condiciones particulares. En caso que este período diera lugar a un valor de cuota inferior al valor de cuota mínima estipulada por la Compañía en las condiciones particulares de la Póliza, el período de pago se reducirá hasta que el valor de la cuota sea al menos igual al mínimo anteriormente referido.

Los saldos insolutos quedarán depositados en la Compañía y devengarán intereses a la tasa garantizada anual. En caso que el beneficiario falleciere antes de que se hubiere completado el pago del valor asegurado, la Compañía pagará el valor de las cuotas pendientes de pago, por el tiempo que falte para completar la suma asegurada, a sus herederos legales o a la persona o personas específicamente designadas a tal efecto.

c) Opción combinada: la Compañía pagará el porcentaje del valor asegurado que determine el Asegurado en un pago único; y, el resto en cuotas mensuales conforme lo detallado en el punto b) de este artículo. Dicho porcentaje se indicará en las condiciones particulares de esta Póliza.

El Asegurado podrá modificar la opción de liquidación del valor asegurado por fallecimiento, en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza. Dicha modificación deberá realizarse por escrito y no tendrá efecto sino después que la Compañía haya dejado constancia de tal modificación en esta Póliza.

Art. 9 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

El Asegurado designará por escrito al inicio de este contrato, uno o más beneficiarios junto con su correspondiente porcentaje de participación, los cuales se encontrarán detallados en las condiciones particulares de esta Póliza.

En caso de existir más de un beneficiario, sin determinación de sus correspondientes porcentajes de participación, se entenderá que cada uno de ellos recibirá la indemnización en igual porcentaje.

Si un beneficiario fallece antes que el Asegurado, el interés de dicho beneficiario terminará y acrecentará, en partes iguales los intereses de los beneficiarios restantes, salvo que el Asegurado designe otro beneficiario. De no haber beneficiarios designados, la indemnización será entregada a los herederos legales de conformidad con las normas y órdenes de sucesión.

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

Art. 10 CAMBIO DE BENEFICIARIO

El monto del seguro de un titular asegurado será pagado a su fallecimiento, a la persona o personas designadas por él como sus beneficiarios, en las proporciones también por él determinadas. En caso de designar más de un beneficiario sin determinar los porcentajes de los mismos, se entenderá que cada uno de ellos tendrá una participación igual. Si un beneficiario falleciere antes que el titular asegurado, el interés de dicho beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de los beneficiarios restantes, salvo que el titular asegurado, haya designado otro beneficiario.

Si no hubiesen beneficiarios designados, la indemnización será entregada a los beneficiarios legales de acuerdo a la posesión efectiva que presenten para el efecto.

El titular asegurado puede, en cualquier momento, cambiar de beneficiario, mediante aviso escrito a través del Contratante. La nueva designación tendrá efecto en la fecha en que firma el aviso, pero sin perjuicio para la Compañía con respecto a cualquier pago hecho, basado en los registros, en el momento de efectuar dicho pago.

El monto de seguro del dependiente asegurado será pagado a su fallecimiento al titular asegurado.

No será necesario el consentimiento del beneficiario para hacer entrega o cesión de esta Póliza, para cambiar de beneficiario, o para cualquier otro cambio que se efectuó en esta Póliza.

Art. 11 DEDUCIBLE

Es el monto o porcentaje del valor reclamado que, obligatoria e invariablemente, se deduce de este y que, por lo tanto, siempre será a cargo del Asegurado. Este monto o porcentaje constará en las condiciones particulares de la Póliza, y aplicará para gastos médicos y renta diaria por hospitalización. Cualquier otro deducible será especificado en las condiciones particulares de la Póliza.

Art. 12 DECLARACION FALSA

El Solicitante o Asegurado están obligados a declarar, objetivamente, el estado del riesgo. La reticencia, inexactitud o falsedad de aquellas circunstancias que, conocidas por la Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato, de acuerdo a los términos prescritos por las normas que rigen el contrato de seguro, quedando la Compañía liberada de todas sus obligaciones y con capacidad para exigir del Asegurado el reembolso de las indemnizaciones y gastos efectuados.

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

Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa a corto plazo.

Art. 13 MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Es obligación del Asegurado mantener la ocupación laboral declarada en esta Póliza, e informar a la Compañía cualquier cambio de ocupación laboral que pueda ser considerado como una agravación del riesgo, con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de dicha modificación, si ésta depende de su propio arbitrio. Si le es extraña, dentro de los tres (3) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, la Compañía podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato y dará derecho a la Compañía a retener la prima devengada.

Art. 14 PAGO DE PRIMA

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

En caso de que la Compañía aceptare dar facilidades de pago al Asegurado para cobrar la prima, la demora de treinta (30) días o más en el pago de cualquiera de las cuotas, producirá la terminación automática del contrato del seguro y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

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

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero sus efectos se retrotraen al momento de la entrega.

Art. 15 RENOVACION

Esta Póliza podrá renovarse por periodos consecutivos, previa solicitud del Contratante o Asegurado, y mediante el pago de la correspondiente prima de renovación, contra simple recibo emitido por la Compañía.

La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado del vencimiento de esta Póliza y se reserva el derecho de rehusar la renovación de la misma.

Art. 16 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros contratos de seguro o medicina prepagada donde el Asegurado o beneficiario, cuenten con un seguro de accidentes personales o asistencia médica, Zurich Seguros Ecuador S.A. reembolsará al Asegurado o beneficiario la diferencia entre el gasto efectivamente realizado y el monto pagado por la otra compañía, según los límites de su plan y sin aplicar deducciones. En ningún caso el reembolso total podrá ser mayor al límite establecido en el plan contratado y al monto total de gastos médicos.

Al Asegurado o beneficiario, les corresponden elegir la compañía que reembolsará con base a la coordinación de beneficios.

Art. 17 CANCELACIÓN ANTICIPADA

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa del corto plazo. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación 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 que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad en 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 la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata.

Art. 18 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de accidente. El Asegurado o su beneficiario deberán notificar por escrito a la Compañía dentro de los tres (3) días posteriores a la fecha en que tuvo conocimiento del hecho, acompañando a su reclamación los documentos señalados en esta Póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el beneficiario podrá dar aviso del siniestro a la Compañía, dentro del límite máximo de dos (2) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro.

Art. 19 DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA PRUEBA DE PÉRDIDA

El Asegurado o beneficiario presentará a la Compañía los siguientes documentos:

Para todas las coberturas:

- Formulario o aviso de accidente debidamente llenado.
- Cédula de identidad o ciudadanía (copia)
- Certificado, exámenes y recetas médicas
- Factura de gastos

Para muerte accidental:

- Partida de nacimiento del Asegurado (original o copia certificada)
- Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada)
- Parte policial (copia certificada), si fuere necesario
- Partida de defunción (original o copia certificada)
- Copia del certificado de autopsia
- Posesión efectiva de bienes (original o copia certificada), si fuere necesario.
- Historia clínica y epicrisis

Para coordinación de beneficios:

- Copia de facturas presentadas en la otra compañía de seguros o de medicina prepagada.
- Liquidación original.

Art. 20 EXAMEN MÉDICO

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

Art. 21 PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

La mala fe del Asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro o de su importe, causa la pérdida del derecho al cobro del seguro.

Art. 22 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Si la Compañía acepta una reclamación en caso de accidente amparado por esta Póliza, tendrá la obligación de pagar al Asegurado o beneficiario, según corresponda, la indemnización respectiva a la pérdida debidamente comprobada dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que le presente por escrito la reclamación aparejada de los documentos que, según este contrato, sean indispensables. En caso que el reclamo sea rechazado por la Compañía, se estará a lo dispuesto en la ley General de Seguros.

Art. 23 REDUCCIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA

El pago efectuado por la Compañía por concepto de gastos médicos, disminuirá en la misma suma, el valor asegurado para efectos de la liquidación de nuevos accidentes de estas coberturas.

La diferencia entre la suma principal y las indemnizaciones pagadas será el resto del período anual del seguro, la suma principal asegurada.

Art. 24 CESIÓN DE 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 cláusula, privará al Asegurado o a quien éste hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Art. 25 ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre el solicitante, Asegurado o beneficiario y la Compañía con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo a arbitraje o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el país. Los árbitros o mediadores deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

Art. 26 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que haya de hacerse a la Compañía por efecto del presente contrato, deberá efectuarse por escrito. Toda comunicación que la Compañía tenga que pasar al Asegurado o beneficiario en la última dirección registrada en los datos de esta Póliza; y, a la Compañía en su domicilio principal.

Art. 27 JURISDICCIÓN

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado o Beneficiario, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la

Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o Beneficiario, en el domicilio del demandado.

Art. 28 PRESCRIPCIÓN

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

El Contratante y/o Asegurado podrá 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 a la presente póliza el número de registro 49152, con oficio SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00030552-O de 10 de abril de 2018.

En caso de que alguna cláusula de este contrato esté en contradicción con lo que dispone el Código de Comercio publicado en el Registro Oficial Suplemento 497 del 29 de mayo de 2019, prevalecerá lo que manda este último.