



RUC. 1090083631001



INTEROCEANICA COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS, que en adelante se denominará "La Compañía", en virtud de la solicitud de seguro presentada por el interesado, en adelante "El Asegurado" y que forma parte integrante de este contrato, se obliga a indemnizar al Asegurado, por las razones previstas en este contrato, de acuerdo a las condiciones generales, aprobadas por la Superintendencia de Bancos con resolución No.SBS-INS-2002- 260 de 05 de agosto del 2002 0:00:00

#Póliza: AMB-0000000000-1	Ramo: ACCIDENTES PERSONALES	Código 04	Producto \ Código:	Tipo de Documento POLIZA	Documento 0000000001
Contratante ASOCIACION DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO VIAL LO			Dirección: QUISAPINCHA COMUNIDAD DE CACHILAVANA GRANDE		Identificación: 1891778259001
Asegurado ASOCIACION DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO VIAL LOS ANDES				Identificación 1891778259001	Grupo 000
Dirección: QUISAPINCHA COMUNIDAD DE CACHILAVANA GRANDE				Telefono (09) 8035-3756	Fax (09) 8035-3756
Moneda DOLARES AMERICANOS	Paquete N/A	Suma Asegurada Póliza 33,000.00	Vigencia Póliza: Desde 05/10/2023 12:00:00	Hasta: 05/10/2024 12:00:00	
Notas:		Suma Asegurada Documento 33,000.00	Vigencia Documento: Desde 05/10/2023 a las 12:00:00	Hasta: 05/10/2024 a las 12:00:00	
Origen DIRECTO	Compañía	Porcentaje	Referencia		

Condiciones Particulares. Cláusulas y Anexos:

POLIZA

DIAS VIGENCIA DEL DOCUMENTO: 366

GRUPO: 1

NÚMERO PERSONAS 6

VALOR POR PERSONA 5,500.00

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES PARA ASOCIACION DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO VIAL LOS ANDES.

VALOR TOTAL:

33,000.00

COBERTURAS

* MUERTE ACCIDENTAL

30,000.00

5,000.00

0,00

102,00

* GASTOS MEDICOS

3,000.00

500,00

0,00

0,00

TOTAL:

33,000.00

ADICIONALES

V. ASEGURADO

LIMITE

TASA

PRIMA

* INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

30,000.00

5,000.00

* DESMEMBRACION

30,000.00

5,000.00

* AMBULANCIA

600.00

100.00

* GASTOS DE SEPELIO

600.00

100.00

DEDUCIBLES:

PARA: GASTOS MEDICOS

\$40.00 Gastos por accidente.

Prima 102,00	Super Bancos 3,57	SSC No. Rete 0,00	Segu. Camp 0,51	Der.Emisión 0,50	IVA 0,00	Comp. Solid 0,00	Financiación 0,00	TOTAL A PAGAR 106,58
Adicionales 0,00	Agentes MORENO TINTIN FERMIN AURELIO							Página 1 de 4

En fe de lo cual la compañía expide el presente contrato de seguro, en AMBATO el día - Usuario:NunezB

EMITIDA NO FACTURADA / PROFORMADA

Contratante y/o Asegurado

La Compañía

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con resolución No. SB-INS-97-405 del 11 de septiembre de 1997

QUITO MATRIZ: AV. AMAZONAS N35-17 JUAN PABLO SANZ EDIFICIO XEROX 5TO PISO PBX: (593-2) (02) 2977-500 / (02) 2251-400 Casilla: 1716156 E-mail: servicio.cliente@segurosinteroceanica.com

CUENCA: REMIGIO TAMARIZ CRESPO 1-16 Y AV. FRAY VICENTE SOLANO PBX: (593-3) (07) 4078-150 E-mail: servicio.cliente@segurosinteroceanica.com

AMBATO: Av. Rodrigo Pachano C.C. Caracol LOCAL 29-30-31 MONTALVO PBX: (593-3) (03) 2423-856 / 032826793 E-mail: servicio.cliente@segurosinteroceanica.com

IBARRA: OVIEDO 739 Y BOLIVAR. EDIFICIO MUTUALISTA IMBABURA OF. 402 PBX: (593-6) (06) 2643-653 / 062642730 E-mail: servicio.cliente@segurosinteroceanica.com

GUAYAQUIL: CALLE: RODRIGO CHAVEZ, PARQUE EMPRESARIAL COLON, EDIF. EMPRESARIAL No. 1 OFICINA 104 PBX: (593-4) (04) 2630-661 E-mail: servicio.cliente@segurosinteroceanica.com



RUC. 1090083631001



#Póliza 0000000000-1	Ramo: ACCIDENTES PERSONALES	Código 04	Producto\ Código:	Tipo de Documento POLIZA	Documento 0000000001
-------------------------	--------------------------------	--------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------

Condiciones Particulares, Cláusulas y Anexos:**LISTADO DE PERSONAS ASEGURADAS :**

Nro	NOMBRES	CEDULA	FECHA NACIMIENTO
1	AUCATOMA AUCATOMA ANGEL EDUARDO	0250343647	10/02/1993
2	PULLUTASIG CASICANA SEGUNDO	1801497783	26/07/1952
3	APUPALO PACHUCHO FRANK EDUARDO	1850970557	25/03/2005
4	PULLUTASIG PULLUTASIG WILMER BAYARDO	1805127493	05/05/1996
5	LUTUALA TIPAN HERNAN ADOLFO	0503664807	20/03/1991
6	POALACIN CHISAG JOSEAMABLE	1801787290	21/01/1960

COBERTURA :**MUERTE ACCIDENTAL :**

Si las lesiones corporales sufridas en un accidente fueren la causa única y directa para que el Asegurado fallezca, dentro de los ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios, la suma contratada en el certificado de seguro y/o carátula de esta póliza.

Por accidente se entiende el hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del Asegurado, que sea provocado por una violencia exterior, siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que no se encuentre excluido.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL :

Por la incapacidad total y permanente por cualquier causa no excluida, sufrida por el Asegurado durante la vigencia de este seguro, la Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada contratada.

DESMEMBRACION ACCIDENTAL :

Si un Asegurado, mientras esté amparado bajo este anexo, siempre y cuando no haya cumplido los setenta (65) años de edad, sufre lesiones corporales accidentales, provenientes de medios externos violentos y ajenos a su voluntad y si dentro de noventa (90) días de ocurridas dichas lesiones, fallece o sufre la pérdida de los miembros detallados más abajo, como resultado directo de las mencionadas lesiones, la Compañía pagará, previa la presentación de los documentos requeridos en este anexo, los siguientes porcentajes al propio Asegurado o a los beneficiarios, hasta el monto asegurado, según corresponda:

	PORCENTAJE
De la vista ambos ojos	100%
De ambas manos o de ambos pies	100%
De la vista de un ojo	40%
De la audición bilateral	50%
Del miembro superior (mano, antebrazo y brazo)	65%
De una mano	55%
De una pierna y pie	55%
De un pie	40%
Del dedo pulgar y del índice de la mano	25%
De cualquier otro dedo de la mano o del pie	5%

Los porcentajes serán aplicados únicamente hasta el monto del seguro contratado bajo esta cobertura. En caso de que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de miembros superiores. Pérdida de la mano o del pie significa la amputación o impotencia funcional, en o por arriba de la coyuntura de la muñeca o del tobillo, respectivamente; pérdida de la vista significa la falta total e irreparable de la vista; pérdida de cualquier dedo significa amputación del dedo entero. En caso de sufrir más de una pérdida, en un mismo accidente, la Compañía no pagará más del cien por ciento (100%) del monto del seguro. Si sobreviene la muerte después de haberse pagado cualquiera de las indemnizaciones antes mencionadas, dicha suma se considerará como parte de la indemnización por la pérdida de la vida y la Compañía sólo estará obligada a completar la diferencia hasta cubrir el cien por ciento (100%) del monto asegurado.



RUC. 1090083631001

#Póliza 0000000000-1	Ramo: ACCIDENTES PERSONALES	Código 04	Producto\ Código:	Tipo de Documento POLIZA	Documento 0000000001
-------------------------	--------------------------------	--------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------

Condiciones Particulares, Cláusulas y Anexos:**Aclaraciones****Límite de Edad :**

Ingreso : Hasta los 65 años

Tipo de Cobertura :

Cobertura las 24 horas del día 365 días del año en cualquier parte del mundo

Exclusiones**PARA MUERTE ACCIDENTAL , INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y BECA ESTUDIANTIL POR MUERTE ACCIDENTAL**

1. Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro .
2. Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado y siempre y cuando ese estado sea la causa directa del siniestro .
3. Suicidio voluntario o involuntario , tentativa de suicidio , o lesión intencionalmente causada a sí mismo , ya sea en estado de cordura o demencia .
4. Accidente o enfermedad y sus consecuencias causadas por violación de cualquier norma legal de carácter penal o en el ejercicio de actividades ilícitas .
5. Accidente provocado por dolo , participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado .
6. Participación del Asegurado en aviación , salvo que vuele como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros .
7. Guerra civil o internacional , motín , huelga , movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase .
8. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares

Validez de la Oferta Estos términos y condiciones estarán vigentes por quince (15) días contados a partir de la fecha de cotización Revisión de siniestralidad Las condiciones y/o costos de la póliza serán revisados y podrán ser modificados anualmente al vencimiento de la vigencia y/o cuando existiera una siniestralidad superior al 60% .

MUERTE ACCIDENTAL**AMBULANCIA**

Si el asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y durante la vigencia de la misma requiere utilizar una ambulancia, la compañía pagará hasta el monto máximo estipulado para este beneficio en las condiciones particulares

EXCLUSIONES

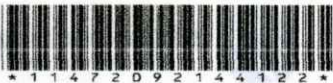
Adicional a las exclusiones detalladas y especificadas en las condiciones generales, se excluye:

- Suicidio
- Enfermedades preexistentes
- Sabotaje y terrorismo.

NOTA:

Conocedor(a) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de la aplicación del presente, tiene origen y destino lícitos y no promueven actividades prohibidas por las leyes del Ecuador e internacionales. de igual manera declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta por lo tanto es de mi exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad. Autorizo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, a verificar por otros medios la información proporcionada en este documento, inclusive a la verificación de mi estado crediticio por buró de crédito y la comprobación de esta declaración e informar a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales e injustificadas en relación a mis actividades y movimientos comerciales y/o contractuales. Eximo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

"El asegurado, reconoce que cualquier declaración falsa o errónea en la solicitud del seguro, producirá la nulidad relativa del mismo. Por otra parte manifiesta su conocimiento y aceptación de las condiciones generales, particulares y especiales de esta póliza y declara no tener duda acerca del contenido de las mismas que pueda perjudicar en alguna forma la exacta comprensión de los textos.



RUC. 1090083631001

#Póliza 0000000000-1	Ramo: ACCIDENTES PERSONALES	Código 04	Producto\ Código:	Tipo de Documento POLIZA	Documento 0000000001
-------------------------	--------------------------------	--------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------

Condiciones Particulares. Cláusulas y Anexos:

El asegurado finalmente declara para todo los fines y efectos haber leído las condiciones generales, particulares y especiales y que no tiene duda en relación a las mismas."

EMITIDA NO FACTURADA / PROFORMADA

Contratante y/o Asegurado

La Compañía

1. Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
2. Encomendarse el Asegurado bajo el efecto de deudas empagadoras o de sustitución que por su propia naturaleza producen dependencias fijas o parciales a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado y siempre y cuando ese estado sea la causa directa del siniestro.
3. Suicidio voluntario o involuntario, tentativa de suicidio, o lesion intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de ebriedad o de alteración.
4. Accidente o enfermedad y sus consecuencias causadas por violación de cualquier norma legal de carácter penal o en el ejercicio de actividades ilícitas.
5. Accidente provocado por todo, participación voluntaria en rifas o juegos graves del Asegurado.
6. Participación del Asegurado en actividades, salvo que vuelen como pasajero de una línea comercial legítimamente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.
7. Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general condiciones civiles de cualquier clase.
8. Accidentes catastróficos originados por explosiones nucleares.

Validez de la Oferta: Estos términos y condiciones estarán vigentes por quince (15) días corridos a partir de la fecha de colocación. Revisión de siniestralidad: Las condiciones y/o costos de la póliza serán revisados y podrán ser modificados anualmente al vencimiento de la vigencia y/o cuando exista una siniestralidad superior al 50%.

MUERTE ACCIDENTAL

AMBIULANCIA

Si el asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y durante la vigencia de la misma requiere utilizar una ambulancia, la compañía pagará hasta el monto máximo establecido para este beneficio en las condiciones particulares.

EXCLUSIONES

Adicional a las exclusiones detalladas y especificadas en las condiciones generales, se excluye:

- Suicidio
- Enfermedades preexistentes
- Sabotaje y terrorismo.

NOTA

Conceder(s) de las penas de perjurio declaro bajo juramento que los datos y valores registrados en este documento, así como los que resulten de la aplicación del presente, tiene origen y destino lícitos y no promueven actividades prohibidas por las leyes del Ecuador e internacionales. Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta por lo tanto es de mi exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad. Autorizo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros a verificar por otros medios la información proporcionada en este documento, inclusive a la verificación de mi estado crediticio por parte de crédito y la comprobación de esta declaración a través de las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales e injustificadas en relación a mis actividades y movimientos comerciales y/o contractuales. Excmo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, de toda responsabilidad civil, penal o administrativa, inclusive respecto a terceros, a esta declaración, fuese tal o en forma.

"El asegurado, reconoce que cualquier declaración falsa o errónea en la solicitud del seguro, producirá la nulidad relativa del mismo. Por otra parte manifiesta su conocimiento y aceptación de las condiciones generales, particulares y especiales de esta póliza y declara no tener duda acerca del contenido de las mismas que puede perjudicar en alguna forma la exacta comprensión de los textos.