

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

1

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES **POLIZA :** 0021188 **ENDOSO :** 000000

En base al art.47 del Reglamento de la Ley General de Seguros, las partes acuerdan (El asegurado y la Compañía) que las condiciones particulares de la presente póliza se sujetan a las siguientes estipulaciones:

Contratante: ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS SEGURA JERUSALEN
Asegurados: Empleados de ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS SEGURA JERUSALEN
Vigencia: Anual

COBERTURAS INDIVIDUALES

- Muerte Accidental	Hasta US\$ 5.000,00
- Desmembración Accidental	Hasta US\$ 5.000,00
- Incapacidad Total y permanente por accidente	Hasta US\$ 5.000,00
- Gastos Médicos por accidente	Hasta US\$ 500,00
- Gastos de Sepelio por Muerte Accidental	Hasta US\$ 800,00

Prima neta por persona anual \$19.19

DEDUCIBLE

GASTOS MEDICOS: \$15.00

LIMITE CATASTROFICO: 5 Personas

EDADES:

Ingreso:15 años hasta 65 años
Cobertura al 100% hasta 70 años
Terminación de cobertura a los 70 años

COBERTURAS RAMO ACCIDENTES PERSONALES

MUERTE ACCIDENTAL: Si la lesión sufrida por el Asegurado es la causa exclusiva y directa de la muerte, ya sea inmediata o dentro del plazo de la vigencia de la póliza desde la ocurrencia del accidente, la Compañía pagará la suma estipulada en las condiciones particulares de la póliza.

EXCLUSIONES:

- Enfermedades y lesiones con ellas relacionadas.
- Desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía y epilepsia.

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:49

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

2

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 **ENDOSO :** 000000

- c) Rotura de aneurismas, lesiones corporales relacionadas con éstas y sus manifestaciones.
- d) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por accidente.
- e) Estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.
- f) Guerra (declarada o no), conmoción civil, revuelta popular, motín; servicio en las fuerzas armadas o policía.
- g) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones (lesiones inmediatas o tardías).
- h) Heridas auto infringidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- i) Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Infecciones bacterianas, excepto infecciones biogénicas que deriven de cortaduras o accidentes.
- k) Lesiones corporales que den lugar a formación de hernias.
- l) Lesiones a consecuencia de actividades deportivas profesionales o notoriamente peligrosas como alas delta, parapente, paracaidismo, carreras de velocidad, apuestas, competencias, concursos y similares.
- m) Infracción de leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por negligencia del Asegurado o, por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
- n) Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, o como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- o) Participación en riñas o peleas, a menos que se comprueben que no han sido aprobadas por él.

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

1. Formulario de Reclamación debidamente diligenciado.
2. Certificado de Defunción Original
3. Si la persona no falleció inmediatamente luego del accidente, y permaneció ingresada en una Casa de Salud y/o fue intervenido quirúrgicamente con la finalidad de preservar su vida, deberá anexarse Historia Clínica, Notas de Evolución diarias, Protocolo Operatorio y Registro de Anestesia.
4. Original de la Partida de Nacimiento del Asegurado fallecido.
5. Copia a color de la Cédula de Identidad del fallecido.
6. Declaración o Registro de Beneficiarios, realizado en vida por el asegurado.
7. Acta de Posesión Efectiva de Bienes en caso de no haber llenado la anterior.
8. Partida o Certificado de Matrimonio Civil o Resolución ante Juez o Registro de la Unión de hecho ejecutoriada.
9. Copia de Cédula del o los Beneficiarios.
En caso de que los Beneficiarios sean menores de edad, se solicitará Acta de Tutoría.
10. Parte Policial o de Tránsito (Copia Certificada por la autoridad competente, no notariada),
11. Acta de Levantamiento del Cadáver (Copia certificada por el Juez

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:49

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

3

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 **ENDOSO :** 000000

correspondiente),

12. Protocolo de Autopsia (Certificada por la autoridad competente)

Si dentro de este protocolo se determina que se extrajo una muestra de líquidos corporales para realizar una prueba de determinación de alcohol, se debe solicitar el informe Original de la prueba o una copia certificada del mismo

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Si la lesión sufrida por el Asegurado es la causa exclusiva y directa de la invalidez permanente, presentada dentro de la vigencia, desde la ocurrencia del accidente la Compañía pagará la totalidad o parte de la suma estipulada, según la siguiente tabla:

Pérdida absoluta de ambos ojos, amputación o pérdida total de ambos brazos o ambas manos o ambas piernas o pies.	100%
Pérdida absoluta de un brazo o una mano, juntamente con una pierna o un pie	100%
Enajenación mental incurable que le impida dedicarse a cualquier clase de trabajo u ocupación.	100%

EXCLUSIONES:

- a) Enfermedades y lesiones con ellas relacionadas.
- b) Desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía y epilepsia.
- c) Rotura de aneurismas, lesiones corporales relacionadas con éstas y sus manifestaciones.
- d) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por accidente.
- e) Estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.
- f) Guerra (declarada o no), conmoción civil, revuelta popular, motín; servicio en las fuerzas armadas o policía.
- g) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones (lesiones inmediatas o tardías).
- h) Heridas auto infringidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- i) Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Infecciones bacterianas, excepto infecciones biogénicas que deriven de cortaduras o accidentes.
- k) Lesiones corporales que den lugar a formación de hernias.
- l) Lesiones a consecuencia de actividades deportivas profesionales o notoriamente peligrosas como alas delta, parapente, paracaidismo, carrera de velocidad, apuestas, competencias, concursos y similares.
- m) Infracción de leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por negligencia del Asegurado o, por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
- n) Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, o como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- o) Participación en riñas o peleas, a menos que se comprueben que no han

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:49

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

4

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 **ENDOSO :** 000000

sido aprobadas por él.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1. Formulario de Reclamación de Accidentes Personales y Aviso de Siniestro.
2. Historia Clínica y Notas de Evolución (copias legibles, certificadas); en caso de que se haya intervenido quirúrgicamente se agregará el Protocolo Operatorio y el Registro de Anestesia de c/cirugía a la que hay sido sometido, estancia en UCI, etc.
3. Copia del Parte policial o de tránsito debidamente certificado por la autoridad competente, en caso de que la incapacidad haya sido generada por un accidente de tránsito o eventos relacionados.
4. Radiografías o TAC O RMN que soporten el diagnóstico de la incapacidad con sus debidos informes.
5. Informe del Médico Tratante o de la Junta Médica Evaluadora de la incapacidad, mismo que deberá ser emitido por un profesional de salud de los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (Ministerio de Salud Pública - MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional - ISSPOL, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas - ISSFA,) y Red Privada Complementaria [informe de la clínica a través de su Director Médico] excepto consultorios privados; debe contar con firma y sello original del profesional, así como sello del establecimiento de salud al cual pertenece, y refrendado por la autoridad competente.
NOTA: Los médicos privados no están autorizados para emitir el «Informe médico de la incapacidad o los «Exámenes complementarios.
6. Declaratoria Original de la Incapacidad emitida por la Autoridad Competente. En caso de enviar una copia esta debe ser Certificada por la misma autoridad que realizó la emisión del documento, y debe incluir (más aún si se tratara de una recalificación), la fecha de inicio de la incapacidad que servirá para verificar si dentro de las condiciones de la póliza se indica que la incapacidad debe generarse por un accidente ocurrido durante la vigencia de esta.

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

En caso de pérdida o parálisis parcial de miembros u órganos, según los tipos determinados en la tabla, la indemnización no excederá, en ningún caso, de la mitad de la cifra fijada para pérdida total en la tabla

Cuando un miembro u órgano afectado anteriormente de invalidez sufra la pérdida total o parcial en otro siniestro, el Asegurado sólo tendrá derecho a la indemnización correspondiente a la incapacidad causada por el nuevo accidente.

La pérdida total de un miembro u órgano inútil antes del accidente no dará derecho a indemnización alguna. En los casos no especificados anteriormente el tipo de invalidez se establecerá tomando en cuenta lo que se indica en la tabla, sin que la indemnización pueda exceder del 80% de la suma asegurada, aún en los casos más graves.

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:49

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

5

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 ENDOSO : 000000

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Pérdida total de la vista de un ojo	50%
Pérdida del sentido de ambos oídos	50%
Pérdida del sentido de un oído	15%
Pérdida del movimiento del pulgar total	10%
Pérdida del movimiento del pulgar parcial	5%
Pérdida completa del movimiento del empeine en flexión	25%
Pérdida completa del movimiento del empeine en extensión	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 o de los demás dedos del pie	3%
Pérdida de movimiento del dedo gordo del pie	4%
Acortamiento de por lo menos 5cm. de un miembro inferior	20%
Acortamiento de por lo menos 3cm de un miembro inferior	10%

	DERECHO	IZQUIER
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 2 falanges	10%	8%
Falange unguinal	5%	1%
Pérdida completa del pulgar e índice	30%	25%
Pérdida completa de tres 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 pulgar ni índice	8%	6%
Pérdida completa de cuatro(4)dedos	35%	30%
Pérdida completa de cuatro(4)dedos comprendidos el pulgar	45%	40%

La impotencia funcional absoluta de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.

EXCLUSIONES:

- a) Enfermedades y lesiones con ellas relacionadas.
- b) Desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía y epilepsia.
- c) Rotura de aneurismas, lesiones corporales relacionadas con éstas y sus manifestaciones.
- d) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por accidente.
- e) Estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.
- f) Guerra (declarada o no), conmoción civil, revuelta popular, motín; servicio en las fuerzas armadas o policía.
- g) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones (lesiones inmediatas o

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:50

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

6

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 ENDOSO : 000000

tardías).

- h) Heridas auto infringidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- i) Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Infecciones bacterianas, excepto infecciones biogénicas que deriven de cortaduras o accidentes.
- k) Lesiones corporales que den lugar a formación de hernias.
- l) Lesiones a consecuencia de actividades deportivas profesionales o notoriamente peligrosas como alas delta, parapente, paracaidismo, carrera de velocidad, apuestas, competencias, concursos y similares.
- m) Infracción de leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por negligencia del Asegurado o, por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
- n) Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, o como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- o) Participación en riñas o peleas, a menos que se comprueben que no han sido aprobadas por él.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR EN CASO DE DESMEMBRACION POR ACCIDENTE

1. Formulario de Reclamación de Accidentes Personales y Aviso de Siniestro.
2. Historia Clínica y Notas de Evolución (copias legibles, certificadas); Si la pérdida se originó en un accidente, la notificación y comprobación documentada del mismo.
3. Radiografías que soporten y clarifiquen el diagnóstico de la desmembración con sus debidos informes.
4. Informe médico ampliado, realizado por el médico tratante donde explique la naturaleza, características, evolución y consecuencias que involucraron el cuadro.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

Si las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia directa de un accidente requieren tratamiento por parte de un médico o cirujano con título universitario o reclusión en un hospital o clínica, la Compañía pagará los gastos razonables de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, hasta la suma fijada en las condiciones particulares, restando los pagos efectuados por otras aseguradoras, si los hubiere, y el deducible convenido.

Los gastos que se indemnizan corresponderán a honorarios médicos, medicamentos, útiles de curación, hospitalización, rayos X y aparatos de prótesis.

EXCLUSIONES:

- a) Enfermedades y lesiones con ellas relacionadas.
- b) Desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía y epilepsia.
- c) Rotura de aneurismas, lesiones corporales relacionadas con éstas y sus manifestaciones.
- d) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:50

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

7

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 **ENDOSO :** 000000

por accidente.

- e) Estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.
- f) Guerra (declarada o no), conmoción civil, revuelta popular, motín; servicio en las fuerzas armadas o policía.
- g) Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones (lesiones inmediatas o tardías).
- h) Heridas auto infringidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- i) Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- j) Infecciones bacterianas, excepto infecciones biogénicas que deriven de cortaduras o accidentes.
- k) Lesiones corporales que den lugar a formación de hernias.
- l) Lesiones a consecuencia de actividades deportivas profesionales o notoriamente peligrosas como alas delta, parapente, paracaidismo, carrera de velocidad, apuestas, competencias, concursos y similares
- m) Infracción de leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas, así como por negligencia del Asegurado o, por actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
- n) Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, o como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- o) Participación en riñas o peleas, a menos que se comprueben que no han sido aprobadas por él.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE:

1. Aviso de Siniestro y Formulario de Reclamación correctamente diligenciado que incluya el diagnóstico.

*SI ES AMBULATORIO:

2. Factura Original de Honorarios Médicos por la atención recibida. En ella se detallarán los procedimientos realizados exclusivamente por el profesional que emite la factura.
3. Receta o Prescripción de los medicamentos recomendados.
4. Facturas de Medicinas (donde se encuentren detalladas cantidades, nombre del medicamento, precio unitario, precio del pedido, descuentos aplicados y valor a facturar por c/u) con el valor total de la venta.
5. Orden de Rayos X
6. Radiografías solicitadas e informes.

*SI ES HOSPITALARIO O FUE ATENDIDO EN CLÍNICA U HOSPITAL:

1. Factura Original de la Casa de Salud donde recibió la atención, con rubros desglosados y detallados que pueden incluir, pero no limitarse a: insumos, medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, honorarios y procedimientos adicionales y los respaldos correspondientes.
2. Historia Clínica o 008 donde se describa ampliamente el mecanismo de lesión y las consecuencias de estas, Notas de Evolución donde se incluyan la valoración del especialista, hallazgos, prescripción y la maniobra o cirugía a realizarse, así como notas post tratamiento.
3. Protocolo Operatorio y Registro de Anestesia por el procedimiento

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:50

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

8

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 ENDOSO : 000000

realizado.

4. Factura del Cirujano Principal o Traumatólogo, la del Ayudante (1) y del Anestesiólogo.
5. Novedades de Enfermería y Kardex de administración de medicamentos.
6. Resultados de exámenes de Laboratorio o Imágenes realizadas de la estructura lesionada. (Rayos X, Tomografía Axial Computarizada [TAC], Resonancia Magnética Nuclear [RMN]).

Gastos de Sepelio

La Compañía cubrirá los gastos de sepelio en caso de accidente hasta el monto estipulado en las coberturas.

LAVADO DE ACTIVOS

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa, proporcionada de modo confiable y actualizada. Además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de manera oportuna a Sweaden compañía de Seguros. S.A., cualquier cambio de la información proporcionada Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro que tanto mi actividad económica, profesión y los recursos que poseo provienen de origen lícito, de las disposiciones legales para la prevención del lavado de activos y financiamiento de delitos

Autorizo expresamente en forma libre y voluntaria e irrevocable a Sweaden compañía de seguros a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios, en cualquier fuente de información incluidos los buros de crédito, de igual forma autorizo referir y/o publicar información crediticia a mi nombre o la de mi representada en los buros de crédito y/o central de riesgos legalmente autorizados, de igual manera autorizo proporcionar a las autoridades competentes mi información si así lo requieren, así mismo renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Sweaden compañía de seguros.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., reconoce la importancia de la privacidad y la protección de datos personales de sus clientes y se compromete a cumplir con las disposiciones de la ley Orgánica de Protección de datos Personales de Ecuador y su Política de Privacidad.

En cumplimiento de lo anterior, SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A se compromete a:

Obtener el consentimiento previo, expreso e informado de los clientes antes de tratar sus datos personales.

Utilizar los datos personales únicamente para los fines específicos y legítimos para los que fueron recolectados, y a no divulgarlos a terceros sin el consentimiento de sus titulares.

Adoptar medidas de seguridad técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales de los clientes de cualquier acceso no autorizado, alteración, pérdida, destrucción o cualquier otro tipo de procesamiento no autorizado.

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:50

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag.

9

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA : 0021188 **ENDOSO :** 000000

Facilitar a los clientes el ejercicio de los derechos que les asisten en virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador, tales como el acceso, la rectificación, la cancelación y la oposición al tratamiento de los datos personales.

SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., se compromete a cumplir con estas disposiciones durante el período de prestación de sus servicios, así como después de la terminación de la relación contractual con los clientes.

El CLIENTE autoriza expresamente a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a tratar los datos personales que éste proporcione únicamente para fines, administrativos y comerciales; y se compromete a proporcionar información veraz, completa y actualizada. Dicha autorización incluye el consentimiento para transferir datos personales a terceros para finalidades relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este contrato, obligaciones legales u órdenes judiciales.

El CLIENTE tiene derecho a ejercer los derechos que le corresponden en virtud de la Ley orgánica de Protección de Datos Personales, tales como el acceso, la rectificación, la cancelación y la oposición al tratamiento de sus datos personales.

NOTAS ACLARATORIAS:

1. El incumplimiento del pago de la Cuota Inicial le faculta a la Compañía a cancelar automáticamente la cobertura. El Asegurado dispone de hasta 15 días a término para hacerlo, así la compañía no lo haya requerido o notificado, no se considerará válida ésta póliza sin el pago de la cuota inicial.
2. El incumplimiento del pago de las Cuotas le faculta a la Compañía a cancelar automáticamente la cobertura. El Asegurado dispone de 5 días entre cuotas para el pago de las mismas, y tiene la obligación de efectuarlo, así la compañía no lo haya requerido o notificado el pago, posterior de las cuotas a la fecha del siniestro, no le convalece el derecho a la indemnización.
3. Aviso de Siniestro 5 días.
4. Con la inscripción del presente documento, autorizo en forma expresa a mi agente asesor productor de seguros (Bróker), a que reciba notificaciones de negativas de siniestros o cualquier documento relacionado con la póliza emitida, lo cual surtirá plenos efectos.
5. En caso de cancelación anticipada de la póliza y cuando se haya efectuado el pago total de la misma mediante tarjeta de crédito, Sweaden Compañía de Seguros, devolverá únicamente el saldo de la prima a prorrata; esto es, el valor de la prima que no ha sido utilizada o devengada en la vigencia de la póliza, a partir de la fecha efectiva de cancelación de la póliza (solo se cobrará la prima hasta la fecha de terminación del contrato de seguro). Para efectos de lo antes indicado, el Asegurado y/o tomador de la póliza de seguros, autoriza en forma expresa a Sweaden Compañía de Seguros S.A., a descontar la comisión que cobró la entidad financiera por el uso de la tarjeta de crédito.
6. Declaro que los datos consignados en el presente documento son verídicos y autorizo en forma expresa a Sweaden S.A. a solicitar confirmación de

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:50

Código de
verificación



CONDICIONES PARTICULARES

Pag. 10

ASEGURADO : ASOCIACION DE CONSERVACION VIAL VIAS

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES POLIZA : 0021188 ENDOSO : 000000

los mismos, en cualquier fuente de información, incluidos los Burós de Crédito, Centrales de Riesgo etc. Por lo tanto, autorizo a referir y/o publicar información crediticia a mi nombre o el de mi Representada en los Buros de Crédito y o Central de Riesgos legalmente autorizados, así mismo renuncio a instaurar por esta causa cualquier tipo de acción civil penal o administrativa en contra de Sweaden S.A.

GUAYAQUIL, 26 de junio de 2024

EL ASEGURADO

La Compañía

CREACIÓN: 26/06/2024 09:04:34
IMPRESIÓN: 25/09/2024 15:30:50

• Quito • Ambato • Cuenca • Guayaquil • Sto. Domingo • Manta • Latacunga • Riobamba • Esmeraldas • Portoviejo • Ibarra • Machala • Loja • Puyo

Llámanos a nivel nacional: (02) 500 8000     www.sweadenseguros.com