



POLIZA COLECTIVA DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

En virtud de las declaraciones presentadas en las solicitudes de seguro que forman parte integrante de esta póliza, **ESTAR SEGUROS, S.A.**, en adelante denominada **LA EMPRESA DE SEGUROS** garantiza al **BENEFICIARIO** el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderle de acuerdo con las condiciones de esta Póliza y EL TOMADOR se obliga al pago de la prima correspondiente que figura en el **CUADRO-RECIBO DE POLIZA** contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** de la póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES.

A los efectos de este Contrato se entiende por:

EMPRESA DE SEGUROS: **ESTAR SEGUROS, S.A** quien asume los riesgos y se obliga en virtud de la presente Póliza.

TOMADOR: Se entenderá por **TOMADOR** a la Institución Docente o su Representante Legal, que actúa en calidad de **TOMADOR** bajo el presente contrato. **El TOMADOR** tendrá a su cargo la negociación y formalización del presente contrato, así como también las modificaciones que en lo futuro se convengan; además son de su responsabilidad el pago de las primas y el suministro de las relaciones y solicitudes que contengan los datos de los estudiantes que ingresen o egresen al Grupo Asegurado. Cualquier reembolso de prima que se haga será pagado directamente al **TOMADOR**, el cual se encargará de efectuar la distribución que corresponda.

ALUMNO: Es todo estudiante que cursa sus materias escolares en forma regular en la Institución Docente objeto del seguro.

ASEGURADO: Alumno o integrante del Grupo Asegurado que está expuesto a los riesgos amparados en esta póliza.

BENEFICIARIO: Persona en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Se consideran como **BENEFICIARIOS** los padres del alumno o sus representantes legales.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza y los que corresponden a cada uno de los Asegurados. Contiene como mínimo la siguiente información: Número de la póliza, número del certificado, identificación completa de la **EMPRESA DE SEGUROS**, identificación

completa del **TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO**, riesgos cubiertos, suma asegurada, período de vigencia de la póliza y del certificado y firma de la **EMPRESA DE SEGUROS** y del **TOMADOR**.

GRUPO ASEGURADO: es el formado por el grupo de alumnos que tienen un vínculo común entre sí y con el **TOMADOR**.

PRIMA: Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el **TOMADOR** a **LA EMPRESA DE SEGUROS** en virtud de la celebración del presente contrato. El **TOMADOR** está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la presente Póliza.

SINIESTRO: Es el acontecimiento del cual depende la obligación de indemnizar por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, **LA EMPRESA DE SEGUROS** responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: Las condiciones generales, las condiciones particulares, el cuadro–recibo de la póliza, la solicitud, listado del grupo asegurado indicando nombre y apellido, fecha de nacimiento y cédula de identidad de los alumnos y los anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: Número de la póliza, identificación completa de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, de su representante y domicilio principal, identificación completa del **TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIOS**, dirección del **TOMADOR**, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección del **ASEGURADO**, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y del **TOMADOR**.

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y que está indicado en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA**.

CLÁUSULA 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

LA EMPRESA DE SEGUROS asume las consecuencias de riesgos ajenos a partir de la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguros, el cual se producirá una vez que el **TOMADOR** notifique por escrito su consentimiento a la proposición formulada por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, o cuando ésta participe al **TOMADOR** por escrito su aceptación a la solicitud de seguro por éste efectuada. En todo caso, la vigencia del contrato se hará constar en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su iniciación y vencimiento, o el modo de determinarlo.

CLÁUSULA 4. RENOVACION

El contrato se entenderá renovado al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA. PRIMAS

El **TOMADOR** debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella no será exigible sino contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, del cuadro- recibo de la póliza. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al **TOMADOR**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la presente Póliza.

El pago de una Prima solamente conserva en vigor el presente contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Recibo de la Póliza. Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, sino única y exclusivamente al reintegro sin interés de dichas primas, aún cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

LA EMPRESA DE SEGUROS no está obligada a cobrar las primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso. El pago de la prima se debe hacer en el domicilio de **LA EMPRESA DE SEGUROS** o en cualquier Agencia o Sucursal.

CLÁUSULA. PLAZO DE GRACIA

LA EMPRESA DE SEGUROS concede un plazo de gracia, de treinta (30) días continuos para el pago de las primas siguientes a la primera, cuando la vigencia es anual y de quince (15) días continuos, cuando la vigencia es menor de (1) un año, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo el contrato continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el **TOMADOR** deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia la diferencia existente entre la prima y dicho monto.

CLÁUSULA 7. EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

LA EMPRESA DE SEGUROS no pagará la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar beneficios.
- b) Si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**.
- c) Si el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** no notificare el siniestro o no entregare los documentos requeridos por **LA EMPRESA DE SEGUROS** dentro de los plazos señalados en esta Póliza, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a él.
- d) Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia de la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares y anexos de la póliza.

CLÁUSULA 8. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que **LA EMPRESA DE SEGUROS** de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 9. PLURALIDAD DE SEGUROS

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** debe comunicar a **La EMPRESA DE SEGUROS** la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por el seguro de accidente que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que **LA EMPRESA DE SEGUROS** pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

CLÁUSULA 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

LA EMPRESA DE SEGUROS está obligada a satisfacer la indemnización de ser el caso, dentro de un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que el **ASEGURADO** haya entregado todos los recaudos requeridos que figuran en las Condiciones Particulares de esta Póliza en la **Sección V**

(Indemnizaciones), Cláusula 1 (Presentación de los Reclamos), Apartado II (Recaudos según el tipo de reclamo).

CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO

El **ASEGURADO** o los **BENEFICIARIOS** tienen derecho a ser notificados por escrito, dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, de las causas de hecho y de derecho que a juicio de **LA EMPRESA DE SEGUROS** justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 12. PERITAJE

Si surgiere desacuerdo para la fijación del importe de la indemnización, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

- a) Nombrar por escrito un Perito único de común acuerdo entre las partes.
- b) En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escrito dos Peritos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses calendarios a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.
- c) En el caso de que una de las dos partes se negara a designar o dejare de nombrar un Perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.
- d) Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará el procedimiento.
- e) El Perito único, los dos peritos o el perito tercero, según el caso decidirán en que proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los dos Peritos, que aconteciere en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos, o atribuciones del Perito sobreviviente.

Asimismo, si el Perito único o el perito tercero falleciere antes del dictamen final, las partes o los Peritos que le hubieren nombrado, según sea el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

El Perito único, los dos Peritos o el Perito tercero, según el caso deberán conocer la materia relativa al peritaje.

Los Peritos deberán presentar su informe de apreciación y acuerdos en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha de su designación.

CLÁUSULA 13. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora deberá actuar directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio

CLAUSULA 14. CADUCIDAD DE ACCIONES

El **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** perderán todo derecho a ejercer acción judicial (demanda) contra LA **EMPRESA DE SEGUROS** o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** hubiere efectuado el pago.
- c) En caso de inconformidad con el servicio recibido, un (1) año contado a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 15. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

La presente póliza se dará por terminada en el siguiente caso:

Si a **LA EMPRESA DE SEGUROS** le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros de que se trate.

En este caso, **LA EMPRESA DE SEGUROS** dará por terminada la póliza, con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al **TOMADOR**, siempre y cuando se encuentre en la caja de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, a disposición del **TOMADOR**, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que

falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del **BENEFICIARIO** a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de prima cuando la indemnización sea por la totalidad de la suma asegurada contratada.

CLÁUSULA 16. PRESCRIPCION

Las acciones derivadas de este contrato de seguro prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 17. DECLARACIONES FALSAS EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO .

LA EMPRESA DE SEGUROS deberá participar al **TOMADOR**, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en las solicitudes de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la póliza mediante comunicación dirigida al **TOMADOR**, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el **TOMADOR** o el **ASEGURADO**. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del **TOMADOR** en la caja de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Corresponderán a **LA EMPRESA DE SEGUROS** las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. **LA EMPRESA DE SEGUROS** no podrá resolver la póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que **LA EMPRESA DE SEGUROS** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o a varias de las personas cubiertas por la póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la póliza, si son de tal naturaleza que **LA EMPRESA DE SEGUROS** de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones .

CLÁUSULA 18. MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de esta Póliza entrará en vigor una vez que el **TOMADOR** notifique su consentimiento a la proposición formulada por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, o cuando ésta participe al **TOMADOR** su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, los cuales prevalecerán sobre las condiciones de la Póliza, y para su validez deberán estar firmados por **LA EMPRESA DE SEGUROS** y el **TOMADOR**.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto para el contrato en las **Cláusulas 3 (Vigencia de la Póliza) y 5 (Primas)** de estas Condiciones Generales.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la presente póliza, si **LA EMPRESA DE SEGUROS** no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** con la emisión del recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada, y por parte del **TOMADOR** mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

CLÁUSULA 19. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a esta Póliza deberá hacerse por escrito mediante carta certificada o telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, o a la dirección del **TOMADOR** o del **ASEGURADO** que conste en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA**, según sea el caso.

CLÁUSULA 20. AMBITO TERRITORIAL

Los beneficios que otorga la presente Póliza, tendrán validez en cualquier parte del mundo donde se encuentre el **ASEGURADO**.

CLÁUSULA 21. DOMICILIO PROCESAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el contrato de seguro, a cuya jurisdicción declaran someterse a las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

SECCIÓN I: DEFINICIONES

1. ACCIDENTE

Se entiende por accidente cuando el **ASEGURADO** sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del **TOMADOR** o del **ASEGURADO** que produzca la muerte, incapacidad total permanente o temporal y gastos médicos.

2. DAÑO MATERIAL

Destrucción, daño o pérdida de uso de bienes muebles o inmuebles.

3. ENFERMEDAD

Se define como enfermedad, todas aquellas dolencias o alteraciones de la salud del **ASEGURADO** que le provoquen una reducción de su capacidad funcional originadas por: Amigdalitis, Apendicitis, Adenoides, Poliomiелitis y Tuberculosis.

4. GASTOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS

Son los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por concepto de honorarios médicos, servicios de un hospital o clínica, medicinas, exámenes de laboratorio y/o radiografías requeridos para su atención médica.

5. HORARIO ESCOLAR

Período durante el cual el **ASEGURADO** se encuentra dentro de las instalaciones del Instituto Docente o en el curso regular de actividades académicas, deportivas o recreativas, organizadas o supervisadas por éste. Dentro del horario escolar se considera el traslado del **ASEGURADO** desde su lugar de habitación hasta las instalaciones del Instituto Docente o viceversa, al igual que los desplazamientos necesarios para la realización de las actividades antes mencionadas.

6. HOSPITAL O CLINICA

Es cualquier institución legalmente autorizada como hospital médico-quirúrgico, en el país en que se encuentre situado, donde puede darse tratamiento a enfermedades o dolencias agudas o emergencias y esté bajo la constante supervisión de un médico residente y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, gimnasios, Spa, instituciones de rehabilitación o centros de convalecientes.

7. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

Pérdida anatómica o impotencia funcional total y permanente de miembros u órganos de la anatomía del **ASEGURADO** de forma definitiva según criterio médico como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por ésta póliza.

8. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Pérdida anatómica o impotencia funcional total de miembros u órganos de la anatomía del **ASEGURADO** de forma temporal según criterio médico como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por ésta póliza, que le impide al **ASEGURADO** asistir temporalmente al Instituto Docente.

9. LESION CORPORAL

Daño de miembros u órganos de la anatomía del **ASEGURADO**.

10. MEDICO

Es toda persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, reconocida por la Ley del país donde se suministre el tratamiento y quien, al prestar sus servicios, está ejerciendo su profesión dentro de los límites correspondientes a su preparación y entrenamiento.

11. RECAUDOS

Son todos aquellos documentos que recopilan la información relacionada al servicio médico u hospitalario suministrado al **ASEGURADO** y que corroboran el accidente sufrido por el **ASEGURADO**.

12. REEMBOLSO

Se refiere al reintegro por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** de los gastos cancelados directamente por el **ASEGURADO** y que estuvieren amparados por la cobertura de esta póliza.

13. TERCERO

Cualquier persona no vinculada familiarmente al **ASEGURADO**. No se consideran terceros, sus padres, su representante legal ni cualquier empleado, dependiente o trabajador de sus padres o de su representante legal.

SECCION II: COBERTURAS

Las coberturas amparadas por ésta póliza pueden ser contratadas por el **TOMADOR** para cubrir al grupo asegurado durante las 24 horas del día o únicamente durante el horario escolar. Las coberturas son:

CLÁUSULA 1: COBERTURA BÁSICA MUERTE

Si **EL ASEGURADO** sufre lesiones corporales a consecuencia de un accidente o enfermedad durante el período de vigencia de la póliza, que sean la causa única y directa de la muerte del **ASEGURADO**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará a los padres del **ASEGURADO** o a falta de éstos a su representante legal, la suma asegurada indicada en el Cuadro-Recibo de la póliza para esta cobertura, siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los 365 días siguientes de haber ocurrido el accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

CLÁUSULA 2: COBERTURA OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, PÉRDIDA DE EXTREMIDADES, PÉRDIDA DE LA AUDICION O VISTA

Si **EL ASEGURADO** sufre lesiones corporales a consecuencia de un accidente o enfermedad, durante el período de vigencia de la póliza, que sean la causa única y directa de que **EL ASEGURADO** quede totalmente incapacitado en forma permanente o presente una invalidez por cualquier pérdida de extremidades, audición o vista, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará la suma asegurada indicada en el Cuadro-Recibo de la póliza para esta cobertura y según la tabla de porcentajes de indemnización que se indica a continuación, siempre y cuando la incapacidad, pérdida de extremidades, audición o vista ocurra dentro de los 365 días siguientes de haber ocurrido el accidente o del diagnóstico de la enfermedad; mediante la contratación de esta cobertura el **TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS DEL CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

TABLA DE PORCENTAJE DE INDEMNIZACION	
Incapacidad Total y Permanente, lesiones incurables médula espinal que impidan por completo el movimiento y enajenación mental incurable.	100%
Pérdida o inutilización total de ambos brazos, o de ambos pies, o de un brazo y una pierna o de una mano y un pie	100%
Ceguera Absoluta	100%
Pérdida del Habla	50%
Pérdida completa de un ojo o de su visión	50%
Sordera Completa	50%
Sordera Completa de un solo oído	15%
Pérdida o inutilización absoluta:	
De un brazo, o de una mano	60%
Del dedo pulgar o índice	20%
De dos falanges del dedo índice	10%
De una falange del dedo índice	8%
De uno de los demás dedos de la mano	5%
De la falange distal del dedo pulgar	8%
De una falange de cualquier otro dedo de la mano	3%
Del dedo gordo del pie	5%
De cualquier otro dedo del pie	3%
De una pierna por encima de la rodilla	50%
De una pierna por debajo de la rodilla	40%

CLÁUSULA 3: COBERTURA OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Si EL ASEGURADO como consecuencia de un accidente o enfermedad, sufrido durante el período de vigencia de la póliza, queda incapacitado total e imposibilitado de asistir temporalmente a sus actividades académicas en el Instituto Docente, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará la suma asegurada diaria indicada en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA** para esta cobertura, vigente para el momento de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, a partir del decimosexto (16) día continuo de la incapacidad y mientras esta subsista, sin que dicho pago exceda de 30 días hábiles escolares, contados a partir de la mencionada fecha, con el fin de contribuir con los gastos que se generen por nivelación del ASEGURADO en sus actividades académicas; mediante la contratación de esta cobertura el **TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** del **CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

CLÁUSULA 4: COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS POR ACCIDENTE

Si el ASEGURADO como consecuencia de un accidente, requiere atención médica dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, **LA EMPRESA**

DE SEGUROS indemnizará los gastos médicos y farmacéuticos incurridos hasta por la suma asegurada indicada en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA** para esta cobertura vigente para el momento de ocurrencia del accidente; mediante la contratación de esta cobertura el **TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS DEL CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

CLÁUSULA 5: COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS POR ENFERMEDAD

Si **EL ASEGURADO** como consecuencia de una enfermedad cubierta por esta póliza, requiere una atención médica dentro de los 365 días siguientes a la fecha del diagnóstico de la enfermedad, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará los gastos médicos y farmacéuticos incurridos hasta por la suma asegurada indicada en el Cuadro-Recibo de la póliza para esta cobertura, vigente para el momento del diagnóstico de dicha enfermedad; mediante la contratación de esta cobertura el **TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** del **CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

Esta cobertura sólo puede ser contratada para cubrir las 24 horas del día. La suma asegurada para esta cobertura aplica para cada enfermedad en el año póliza.

CLÁUSULA 6: COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS FUNERARIOS

Si **EL ASEGURADO** como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por ésta póliza, fallece durante la vigencia de la póliza, **LA EMPRESA DE SEGUROS** cubre la totalidad de los gastos incurridos por concepto de servicios funerarios, sin exceder la suma asegurada indicada en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA** para esta cobertura; mediante la contratación de esta cobertura **EL TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS DEL CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

La indemnización de este beneficio se pagará a la (las) persona(s) que incurra(n) en dichos gastos, previa presentación a **LA EMPRESA DE SEGUROS** de los documentos que así lo demuestren

CLÁUSULA 7: COBERTURA OPCIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Si el **ASEGURADO** ocasionare lesiones corporales y/o daños materiales a terceros por accidente, ocurrido dentro del horario escolar durante la vigencia de ésta póliza, por los cuales sea civilmente responsable él o sus padres o a falta de éstos su representante legal, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará la cantidad a que sea obligado a pagar el **ASEGURADO**, sus padres o su representante legal en virtud de una sentencia firme sin exceder en ningún caso de la suma asegurada indicada en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA** para esta

cobertura, siempre y cuando la responsabilidad sea exigida judicialmente por el o los terceros dentro de los 365 días siguientes a la fecha del evento que dio origen a la reclamación; mediante la contratación de esta cobertura el **TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** del **CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

Esta cobertura sólo puede ser contratada para cubrir al **ASEGURADO** en horario escolar.

CLÁUSULA 8: COBERTURA OPCIONAL DE RESTITUCIÓN DE MENSUALIDAD

Si el **ASEGURADO** como consecuencia de un accidente o enfermedad le sobreviniere una incapacidad total que le impidiera asistir a sus actividades académicas en el Instituto Docente por un período tal que el Instituto Docente declare la pérdida del año escolar, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará a los padres o al representante legal el monto resultante de multiplicar el número de mensualidades pagadas hasta la fecha en que se dictamine la incapacidad total, por la suma asegurada indicada en el **CUADRO-RECIBO DE LA PÓLIZA** para esta cobertura; mediante la contratación de esta cobertura el **TOMADOR** se obliga al pago de la prima adicional que corresponde, contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS DEL CUADRO - RECIBO DE LA PÓLIZA**.

Para efectos de ésta cobertura no se considera mensualidad el monto cancelado por Matrícula y/o Inscripción del alumno en el Instituto Docente.

CLÁUSULA 9: COBERTURA SOLO EN HORARIO ESCOLAR

EL **TOMADOR** podrá optar por coberturas restringidas que sólo amparan cuando EL **ASEGURADO** sufre un accidente en horario escolar.

Las coberturas que pueden ser contratadas en horario escolar y que aplicarán sólo en caso de que el **ASEGURADO** sufra un accidente, son las referidas en las cláusulas 1 (Muerte), cláusula 2 (Incapacidad Total y Permanente, Pérdida de Extremidades, Pérdida de la Audición o Vista), cláusula 3 (Incapacidad Total Temporal), cláusula 4 (Gastos Médicos y Farmacéuticos por Accidente), cláusula 6 (Gastos Funerarios), cláusula 7 (Responsabilidad Civil), cláusula 8 (Restitución de Mensualidad), de la sección II de ésta póliza.

SECCION III: CONDICIONES

CLÁUSULA 1: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables todos los **ALUMNOS** cuya edad está comprendida entre 6 meses y 23 años edad.

CLÁUSULA 2: FECHA EFECTIVA DEL SEGURO

La fecha efectiva del seguro para los **ALUMNOS** será:

- 1) La fecha de otorgamiento del presente Contrato, para el grupo inicial.
- 2) La fecha de ingreso al grupo de alumnos de la Institución Docente, para nuevos alumnos.

CLÁUSULA 3: TERMINACIÓN DEL SEGURO

El Seguro terminará para el **ALUMNO** cuando ocurra alguna de las siguientes eventualidades:

- 1) La fecha de terminación de la póliza.
- 2) La fecha en que deje de pertenecer al grupo de alumnos de la Institución Docente.
- 3) Al cumplir veintitrés (23) años de edad.

CLÁUSULA 4: DETERMINACIÓN DE LA PRIMA

La prima que ha de pagar inicialmente el **TOMADOR** se determinará sobre la base de la tarifa de primas vigente y en atención al número de alumnos integrantes del Grupo Asegurado que inicialmente ingresen al seguro. Posteriormente, se harán los ajustes de prima tomando en cuenta los ingresos y egresos de los **ASEGURADOS**, emitiendo **LA EMPRESA DE SEGUROS** a tal efecto el recibo de prima correspondiente. La prima pagadera al momento de su exigibilidad, mantendrá en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponda dicho pago.

EL **TOMADOR** esta obligado a notificar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** todos los movimientos de ingresos y egresos de **ASEGURADOS** que se produzcan en el grupo al momento en que ocurran.

Los ajustes de prima, por cobro o devolución que generen estos movimientos serán calculados proporcionalmente considerando la fecha en que se produce el movimiento de ingreso o egreso hasta la fecha de vencimiento de la cobertura de la póliza.

SECCIÓN IV: EXCLUSIONES

LA EMPRESA DE SEGUROS no será responsable por reclamaciones por o derivadas de:

- a) Intoxicaciones, trastornos de la salud por acción de la luz, temperatura y presiones atmosféricas, trastornos de la salud por el uso o exposición de materiales radioactivos.
- b) Enfermedades adquiridas como consecuencia de terremoto o cualquier catástrofe natural.

- c) Desvanecimientos, ataques de apoplejía, alteración arterial, estado de intoxicación alcohólica, efectos de drogas no prescritas médicamente, trastornos mentales, infartos, rotura de aneurisma, hernias de cualquier naturaleza.
- d) Actos delictuosos, duelos o riñas, en donde se compruebe que el **ASEGURADO** tuvo una participación directa en tales hechos.
- e) Actos de guerra, sean declarados o no, alteraciones de orden público, conmoción civil, levantamiento popular, motín, insurrecciones, huelgas, en donde se compruebe que el **ASEGURADO** tuvo una participación directa en tales hechos.
- f) Daños causados voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones sufridas por el **ASEGURADO** infringidas directamente por el o los **BENEFICIARIOS** de la Póliza, homicidio o tentativa de homicidio.
- g) Participación en competencias de velocidad, saltos, carreras, equitación deportiva, ícaro, paracaidismo, alpinismo, boxeo/lucha, canoa, caza, coleo, ciclismo, motociclismo, automovilismo, esquí-nieve, esquí-acuático, motonáutica, submarinismo, windsurf, espeleología, Skydiving, polo.
- h) Lesiones Corporales sufridas por el **ASEGURADO** cuando se encuentre dentro, subiendo o bajando de un avión o helicóptero, que no sea en calidad de pasajero, de un avión con matrícula y certificado de aeronavegabilidad válido y al día, operado por una empresa Aérea comercial en vuelo regular.
- i) La Responsabilidad Civil por lesión corporal o daño material causados a terceros en accidentes de automóvil conducidos por el **ASEGURADO**.
- j) Daños causados por el **ASEGURADO** a vehículos utilizados por el Instituto Docente para el transporte de alumnos.
- k) Tratamientos dentales cuando no sean consecuencia de un accidente amparado por esta póliza.
- l) Costo de adquisición o alquiler de aparatos correctivos y accesorios médicos u otros equipos especiales no requeridos quirúrgicamente, como son: muletas, bastón, sillas de ruedas, andaderas, lentes correctivos o cosméticos, aparatos auditivos.
- m) Terapias recreacionales.

- n) **Fisioterapia, rehabilitación, terapia educacionales o de lenguaje que no sean médicamente necesarias como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza.**
- o) **Enfermeras privadas para el cuidado del *ASEGURADO*, así como los gastos médicos originados en el servicio médico del Instituto Docente, propio o contratado o con el que tenga algún convenio.**
- p) **Tratamientos no aceptados por la Ciencia Médica, como son: Acupuntura, medicina naturista o alternativa, homeopatía, cámaras hiperbáricas, delfinoterapia.**
- q) **Tratamiento de condiciones o complicaciones relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias.**
- r) **Accidentes sufridos con anterioridad a la primera vigencia de la póliza.**

Asimismo, la cobertura de la cláusula 7 (Responsabilidad Civil) de la sección II no cubre daño moral y lucro cesante a que esté obligado a pagar EL ASEGURADO, sus padres o su representante legal.

SECCIÓN V: INDEMNIZACIONES

CLÁUSULA 1: PRESENTACION DE RECLAMOS

I. TIEMPO DE NOTIFICACION

Cualquier lesión que pueda dar lugar a una reclamación bajo esta Póliza deberá ser notificada a **La EMPRESA DE SEGUROS**, por escrito mediante formulario impreso por **La EMPRESA DE SEGUROS**, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha del accidente que causó tal lesión o a la fecha de diagnóstico de la enfermedad.

II. RECAUDOS SEGUN EL TIPO DE RECLAMO:

FALLECIMIENTO:

- a) **Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el médico tratante y el *BENEFICIARIO*.**
- b) **Original de la partida de defunción.**
- c) **Fotocopia de la Cédula de Identidad o en su defecto la partida de nacimiento del *ASEGURADO* y de los *BENEFICIARIOS*.**
- d) **En caso de muerte por accidente anexar informe de las autoridades competentes.**

INCAPACIDAD:

- a) **Formulario de reclamación debidamente completado por el *TOMADOR* o por los padres del *ASEGURADO* o su representante legal.**
- b) **Formulario de reclamación debidamente completado por el médico tratante.**
- c) **Informe del médico tratante.**

d) Resultado de exámenes y/o radiografías que corroboren el diagnóstico.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- a) Formulario de reclamación debidamente completado por el **TOMADOR** o por los padres del **ASEGURADO** o su representante legal.
- b) Informe del médico tratante.
- c) Facturas originales por gastos médicos y farmacéuticos y resultado de los exámenes practicados.

Y cualquier otro documento que a discreción de **LA EMPRESA DE SEGUROS** sea requerido según la causa del reclamo. Los documentos adicionales solo podrán ser requeridos en una sola oportunidad.

III. TIEMPO DE PRESENTACION DE RECLAMOS

LA EMPRESA DE SEGUROS quedará relevada de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el **ASEGURADO** perderá todo derecho a indemnización si después de notificada a **LA EMPRESA DE SEGUROS** la ocurrencia de un siniestro, la documentación necesaria para el análisis de la reclamación no se hubiese presentado dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de aviso.

CLÁUSULA 2: PRUEBAS

Siempre que **LA EMPRESA DE SEGUROS** lo requiera, el **ASEGURADO** se someterá a examen médico por cuenta de ella con respecto a cualquier lesión alegada. En caso de muerte deberá darse a **LA EMPRESA DE SEGUROS** su notificación para que ella se haga representar en una autopsia, investigación o examen del cadáver, según sea el caso.

CLÁUSULA 3: MONTOS Y LÍMITES DE LAS INDEMNIZACIONES

- a) Cualquier pago efectuado por la **“PERDIDA DE EXTREMIDADES, AUDICION O VISTA”**, será descontado del monto indemnizable por Incapacidad Total Permanente.
- b) El monto indemnizado por varias **PERDIDAS DE EXTREMIDADES, AUDICION O VISTA**, derivados del mismo accidente se obtiene por la suma de los porcentajes fijados a cada una de ellas, sin exceder del monto **ASEGURADO**; Si varias invalideces afectan a un mismo órgano se indemnizará la mayor de ellas.
- c) Para proceder con la indemnización por **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** esta debe haber sido continua por un período de doce (12) meses.

TOMADOR

ESTAR SEGUROS, S.A.

Aprobado por la Superintendencia la Actividad Aseguradora mediante Oficio 9761 de fecha 05 de Noviembre de 2003