



**CARATULA UNICA DE POLIZA**

SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., en lo sucesivo llamada "LA COMPAÑIA", y quien (es) más adelante se designa(n) con el nombre de "EL ASEGURADO", convienen en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las Condiciones Generales aprobadas por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No. SBS-INS-2007-410 del 26 de NOVIEMBRE del 2007 las particulares y especiales teniendo primacía las últimas sobre las primeras.

| SEGURO DE             | TIPO DE DOCUMENTO | TIPO DE MONEDA     | POLIZA No. | ANEXO No. | No. REFERENCIA |
|-----------------------|-------------------|--------------------|------------|-----------|----------------|
| ACCIDENTES PERSONALES | POLIZA            | DOLARES AMERICANOS | 0003935    | 000000    |                |

| VIGENCIA DEL DOCUMENTO |                    | DURACION DEL SEGURO |      | SUMA ASEGURADA |              |
|------------------------|--------------------|---------------------|------|----------------|--------------|
| DESDE LAS 12H00 DE     | HASTA LAS 12H00 DE | AÑOS                | DIAS | DEL DOCUMENTO  | TOTAL ACTUAL |
| 04/04/2016             | 04/04/2017         | 1                   |      | 3,000.00       | 3,000.00     |

**ASEGURADO:** SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL (109986) **CEDULA:** 1201656657  
**DOMICILIO:** AV. RAUL TRIVIÑO PERALTA S/N **MOCACHE-LOS RIOS** 052707690 09943  
**CONTRATANTE :** SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL (109986) **CEDULA:** 1201656657

**DETALLE**

PETICION DEL ASEGURADO SE PROCEDE A EMITIR LA PRESENTE POLIZA, SEGUN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES.

llopez  
**EJECUTIVO DE CUENTAS:**  
 CARLA ROLDAN EXT.  
**ASESOR DE SEGUROS:**  
 00148-VELOZ MORAN MARIA ELENA

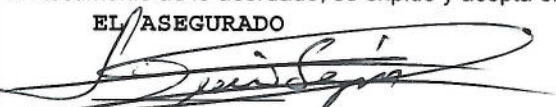
| COSTO DEL SEGURO                 |              | FORMA DE PAGO No. | 524527       | FACTURA No. | 002001000090941 |
|----------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|-----------------|
| PRIMA NETA                       | 35.00        | CONTADO           | 36.91        |             |                 |
| SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑIAS    | 1.23         |                   |              |             |                 |
| CONTRIB. SEGURO SOCIAL CAMPESINO | 0.18         | No.               | VENCIMIENTOS | VALOR       | No.             |
| S.S.C. NO COBRADO (2001-2007)    | 0.00         |                   |              |             |                 |
| DEPÓSITO DE EMISION              | 0.50         |                   |              |             |                 |
| OTROS CARGOS SUJETOS I.V.A       | 0.00         |                   |              |             |                 |
| I.V.A. TARIFA 12%                | 0.00         |                   |              |             |                 |
| INTERES FINANCIACION             | 0.00         |                   |              |             |                 |
| OTROS CARGOS NO SUJETO I.V.A     | 0.00         |                   |              |             |                 |
| <b>PRIMA TOTAL</b>               | <b>36.91</b> |                   |              |             |                 |

**ANEXOS INCLUIDOS :** Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de este contrato.

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 LA COMPAÑIA acuerda pagar los beneficios que se mencionarán más adelante siempre que el ASEGURADO haya pagado la prima correspondiente.

EL ASEGURADO finalmente declara para todos los fines y efecto haber leído las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y que no tiene duda en relación a las mismas.

En testimonio de lo acordado, se expide y acepta el presente contrato de seguros en : GUAYAQUIL, 5 de ABRIL del 2016

**EL ASEGURADO**  **LA COMPAÑIA**  
 SWEADEN  
 Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.  
**FRMA AUTORIZADA**

El Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos Y Seguros la verificación de este texto





**CONDICIONES PARTICULARES**

Pag. 1

|  |                         |                           |                       |
|--|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| <b>ASEGURADO</b> : SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL |                         |                           |                       |
| <b>RAMO</b>                                    | : ACCIDENTES PERSONALES | <b>POLIZA No:</b> 0003935 | <b>ANEXO</b> : 000000 |

En base al art.47 del Reglamento a 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:

**ASEGURADO Nro. 1**

|                     |                               |                         |              |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>ASEGURADO</b>    | : SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL | <b>FECHA INGRESO</b>    | : 04/04/2016 |
| <b>CEDULA</b>       | : 1201656657                  | <b>FECHA NACIMIENTO</b> | : 19/01/1962 |
| <b>DIRECCION</b>    | :                             |                         |              |
| <b>ESTADO CIVIL</b> | : CASADO(A)                   |                         |              |
| <b>OCUPACION</b>    | : COMERCIANTE                 |                         |              |

**COBERTURAS**

|                          |          |          |
|--------------------------|----------|----------|
| MUERTE ACCIDENTAL        |          | 3,000.00 |
| INVALIDEZ PERMANENTE     | 3,000.00 |          |
| GASTOS MEDICOS           | 500.00   |          |
| GASTOS DE SEPELIO        | 500.00   |          |
| GASTOS DE AMBULANCIA     | 200.00   |          |
| DESMEMBRACION ACCIDENTAL | 3,000.00 |          |

**SUMA ASEGURADA :**

3,000.00

**BENEFICIARIO :**

SELENITA AURA CHANG VERA

CONYUGE

100.00%

DEDUCIBLE: US\$15.00 APLICABLE UNICAMENTE A GASTOS MEDICOS

=====

**A. Muerte Accidental:**

=====

Cubre la muerte cuando las lesiones sufridas en un accidente fueren causa única y directa de un hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca en su integridad física lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

**Exclusiones:**

=====

- Cualquier enfermedad mental o corporal y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos no motivados por accidente.
- Los denominados "Accidentes Médicos", tales como apoplejías, edemas agudos, síncope, vértigos, ataques epilépticos u otros análogos.
- Lesiones que el Asegurado sufra en Servicio Militar, Guerra.
- Lesiones causadas intencionalmente como suicidio o tentativa de suicidio.
- Accidentes ocasionados por energía nuclear.
- Deportes peligrosos tales como: motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente.
- Todas las enfermedades pre-existentes sean o no declaradas.
- Accidentes causados en estado de embriaguez, bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.

**B. Gastos Médicos por Accidente:**

=====

**CONDICIONES PARTICULARES**

|  |                           |                       |
|--|---------------------------|-----------------------|
| <b>ASEGURADO</b> : SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL |                           |                       |
| <b>RAMO</b> : ACCIDENTES PERSONALES            | <b>POLIZA No:</b> 0003935 | <b>ANEXO :</b> 000000 |

Se cubrirá hasta el límite máximo del que el Asegurado dispone para resarcirse de los gastos razonables y acostumbrados que su accidente demande, en dichos gastos se aplicará el deducible pactado y se pagará de acuerdo a los gastos necesarios, razonables y acostumbrados en los que incurra el Asegurado para el restablecimiento de su salud.

**Exclusiones:**

=====

- Cualquier enfermedad mental o corporal y las consecuencias de tratamiento médicos o quirúrgicos no motivados por accidente.
- Los denominados "Accidentes Médicos", tales como apoplejías, edemas agudos, síncope, vértigos, ataques epilépticos u otros análogos.
- Lesiones que el Asegurado sufra en Servicio Militar, Guerra.
- Lesiones causadas intencionalmente como suicidio o tentativa de suicidio.
- Accidentes ocasionados por energía nuclear.
- Deportes peligrosos tales como: motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente.
- Intento de suicidio.
- Todas las enfermedades pre-existentes sean o no declaradas.
- Accidentes causados en estado de embriaguez, bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.

**C. Desmembración Accidental:**

=====

La Compañía concederá el beneficio cuando el Asegurado sufra la pérdida de alguno de los miembros descritos en la tabla que más adelante se detalla siempre y cuando se haya producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas, fortuitas e independiente de la voluntad del o los Asegurados, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza.

Comprobado el accidente, la Compañía indemnizará al o los Asegurados o Beneficiarios, según corresponda, el porcentaje, del capital asegurado establecido en la siguiente tabla:

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| AMBAS MANOS                 | 100% |
| AMBOS PIES                  | 100% |
| LA VISTA DE AMBOS OJOS      | 100% |
| UNA MANO Y UN PIE           | 100% |
| LA AUDICION TOTAL           | 75%  |
| LA AUDICION DE UN SOLO OIDO | 30%  |
| UNA MANO                    | 50%  |
| UN PIE                      | 50%  |
| LA VISTA DE UN OJO          | 50%  |
| CUALQUIER DEDO DE LA MANO   | 20%  |
| CUALQUIER DEDO DEL PIE      | 20%  |

Se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los miembros antes detallados.



CONDICIONES PARTICULARES

Pag. 3

ASEGURADO : SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA No: 0003935

ANEXO : 000000

Exclusiones:

=====

- Trabajos subterráneos, submarinos, o como tripulante de cualquier embarcación marítima o fluvial.
- Servicio en las fuerzas armadas en tiempo de paz o guerra.
- Desmembración preexistente.
- Intento de suicidio.
- Deportes peligrosos tales como: motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente.
- Todas las enfermedades pre-existentes sean o no declaradas.
- Accidentes causados en estado de embriaguez, bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.

D. Incapacidad Total y Permanente:

=====

Se entiende por incapacidad el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedido e inhabilitado, en forma absoluta, por un período continuo de 180(ciento ochenta) días, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad lucrativa, como resultado de enfermedad o lesiones corporales.

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurridos 6 meses de incapacidad total y permanente certificada por el médico Tratante Auditor de la Compañía.

Exclusiones:

=====

- Trabajos subterráneos, submarinos, o como tripulante de cualquier embarcación marítima o fluvial.
- Servicio en las fuerzas armadas en tiempo de paz o guerra.
- Incapacidad preexistente.
- Intento de suicidio.
- Deportes peligrosos tales como: motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente.
- Todas las enfermedades pre-existentes sean o no declaradas.
- Accidentes causados en estado de embriaguez, bajo el efecto de drogas, sonambulismo o desarreglos mentales.

INFORME SOBRE EL ACCIDENTE

=====

Todo accidente que pudiera dar derecho al pago de una indemnización deberá ser avisado a la Compañía, a más tardar dentro de los (20) veinte días inmediatamente a la fecha de ocurrencia.

La muerte por accidente deberá ser avisada dentro de las (72) setenta y dos horas de ocurrida.

PRUEBA DEL ACCIDENTE

=====

En caso de accidente el Afiliado o el Beneficiario deberá justificar las razones en que apoya su reclamación a una indemnización y deberá

CONDICIONES PARTICULARES

Pag. 4

ASEGURADO : SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL

RAMO : ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA No: 0003935

ANEXO : 000000

proporcionar y facilitar las pruebas que la Compañía estime necesarias para demostrar que el siniestro ha sido causado por accidente cubierto por este contrato

EXAMENES MEDICOS

=====

La Compañía tendrá derecho de hacer examinar al afiliado cuando lo estime necesario y tantas veces lo crea conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente contrato.

También tendrá derecho de hacer practicar una autopsia en caso de reclamación por muerte.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

=====

El pago de las indemnizaciones se hará a los beneficiarios nombrados en caso de pérdida de la vida por muerte accidental y al afiliado en caso de cualquiera de las otras pérdidas indemnizables.

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 15 días 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.

IMPORTANTE

=====

Declaro expresamente que los bienes y valores registrados en este documento así como los que resultaren de la aplicación del presente, tienen orígenes y destinos lícitos y no provienen de actividades prohibidas por las leyes del Ecuador. Además, declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta.

Autorizo a Sweaden Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. a realizar la comprobación de esta declaración e informar a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales en relación a mis actividades y movimientos comerciales.

Eximo a Sweaden Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. de toda responsabilidad civil o penal, propia o de terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.


GUAYAQUIL, 5 DE ABRIL DEL 2016



CONDICIONES PARTICULARES

Pag. 5

|           |                               |                    |                |
|-----------|-------------------------------|--------------------|----------------|
| ASEGURADO | : SUAREZ REQUENE MARIO MANUEL |                    |                |
| RAMO      | : ACCIDENTES PERSONALES       | POLIZA No: 0003935 | ANEXO : 000000 |

  
EL ASEGURADO

  
SWEADEN  
Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.  
FIRMA COMPANIA

|