

POLIZA DE SEGURO DE RENTA POR ENFERMEDADES GRAVES

AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. que en adelante se denomina la Compañía, a base de los datos contenidos en el "Cuadro de Declaraciones" anexo, que forma parte integrante de este contrato, y a las declaraciones contenidas en la respectiva solicitud de este seguro, las cuales se entienden incorporadas al mismo, ha convenido con el asegurado en celebrar el contrato de seguro definido en las siguientes condiciones:

CONDICIÓN 1. AMPARO BÁSICO

La Compañía, de acuerdo con las definiciones contenidas en la condición 3 de la presente Póliza, pagará al Asegurado o a los Beneficiarios por él designados, los beneficios indicados en la condición 4, que haya elegido el Asegurado y que conste en el "Cuadro de Declaraciones", como suma asegurada única o sumas periódicas aseguradas, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. El asegurado sufre, imprevistamente, alguna o algunas de las Enfermedades Graves que figuren como aseguradas en el "Cuadro de Declaraciones", de acuerdo con las definiciones, descritas en la condición 3 de la presente Póliza.
2. Sea la primera vez que el Asegurado sufre alguna o algunas de tales enfermedades graves.
3. La presente póliza haya estado en vigor por un periodo no menor al indicado en el "Cuadro de

Declaraciones" como periodo de espera.

4. No sea aplicable ninguna de las exclusiones de la presente póliza.

Si, en caso de alguna reclamación, se cumplieren todos estos requisitos menos el previsto en el numero (3), en tal caso, la Compañía devolverá al solicitante o asegurado principal todas las primas pagadas por esta póliza y no será responsable por el pago de ninguna indemnización amparada por la presente.

CONDICIÓN 2. EXCLUSIONES.

La Compañía, no efectuará pago alguno cuando las enfermedades graves, definidas en la condición 3 de la presente póliza, provengan de o sean consecuencia directa o indirecta, de alguno de los siguientes eventos:

1. Guerra, invasión, acto enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), guerra civil, motín, conmoción civil, asonada, sedición o rebelión.
2. Infección oportunista y/o neoplasmas malignos, si, en el momento del accidente o de la enfermedad, el asegurado tenía síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o un examen positivo de VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Infección oportunista incluye, pero no esta limitada a,

- neumosystis carinii neumonía, organismo del sarcoma kaposi, linfoma del sistema nervioso central y / o otra malignidad conocida como causa de muerte ante la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
3. Drogadicción o intoxicación por drogas o licor.
 4. Comienzo de la enfermedad grave con anterioridad al principio de la vigencia de la presente póliza o dentro del "periodo de espera" estipulado en el "Cuadro de Declaraciones", según lo indicado en el numeral tres (3) de la condición 1. Amparo Básico.
 5. Lesión intencionalmente infringida a si mismo, suicidio o cualquier intento de suicidio, este o no el asegurado en su sano juicio.
 6. Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad o lesión diagnosticada o sometida a tratamiento, cuidado o cirugía, por un médico, con anterioridad a la fecha de iniciación de la presente Póliza.
 7. Incidente crítico de la salud, lesión o enfermedad, diferente a los definidos en la condición 3. de la presente póliza como "enfermedades graves".
 8. Muerte e incapacidad parcial o total, que sea consecuencia o resultado de algún accidente sufrido por el asegurado, según la definición de "accidente" contenida en la "condición 3. Definiciones" de la presente Póliza.
 9. Diagnóstico de alguna enfermedad grave amparada, efectuado por alguna persona de la familia del asegurado o que resida en la misma casa del asegurado, sea o no médico profesional en alguna rama relacionada con la salud.
 10. Diagnóstico efectuado por hierbateros o hierbistas, acunpunturistas u otros no tradicionales prestadores de servicios de salud no especificados en esta Póliza.
 11. Diagnostico efectuado dentro del periodo estipulado en el "cuadro de declaraciones" de la presente póliza como "periodo de espera" para entrar en efectividad el seguro, para cada asegurado desde la fecha de su ingreso a la Póliza.

CONDICIÓN 3. DEFINICIONES.

"ENFERMEDADES GRAVES" donde quiera que se use en esta póliza, significa el diagnostico positivo (tiendo en cuenta las exclusiones de la condición 2.) de alguna de las siguientes enfermedades o inhabilidades:

CÁNCER.- presencia de un tumor maligno caracterizado por un crecimiento incontrolable y por el esparcimiento de células malignas invasoras de tejidos, incluyendo la leucemia (diferente a la leucemia crónica linfática), pero excluyendo el cáncer en situ no invasivo, tumores debidos a la presencia de algunos virus de inmunodeficiencia humana y el cáncer de la piel diferente al melanoma maligno.

El diagnóstico clínico deberá basarse en el resultado positivo de un examen de patología practicado por un laboratorio especializado en esta materia, el cual deberá ponerse a disposición de la compañía.

INFARTO DEL MIOCARDIO.- muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico definitivo deberá basarse en:

- (a) Historial de dolores torácicos típicos.
- (b) Alteraciones recientes en electrocardiogramas.
- (c) Elevación de las encimas cardiacas.
- (d) Estudio de radioisótopos del músculo del corazón.

INCIDENTE CEREBRO VASCULAR.- incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas que se manifiesten o duren por más de veinticuatro (24) horas.

Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente.

INSUFICIENCIA RENAL.- fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar regularmente diálisis renal o trasplante de riñón.

La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por informe nefrológico.

CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA.- intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o

mas arterias coronarias por medio de un by-pass o fuente coronario, recomendada por un medico con especialidad en esta clase de enfermedad, que debe manifestarse en la necesidad evidente de corregir una estenosis o oclusión en las arterias coronarias, según el resultado de una angiografía coronaria. La angiografía coronaria y el resultado de la misma, junto con el informe médico deberán ponerse a disposición de la Compañía.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.- trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñones o medula espinal. El diagnóstico y la recomendación del trasplante deberán ser efectuados por dos (2) médicos con especialización en esta materia, uno (1) de los cuales deberá ser designada por la compañía.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE.- síntomas inequívocos de anormalidades neurológicas, mínimas o moderadas, que causen deterioro de las funciones pero no necesariamente confinan al asegurado a una silla de ruedas, confirmados por un medico con especialización en neurología, mediante la historia clínica y el examen físico del paciente.

Esta enfermedad debe presentar partes del tejido endurecido en el cerebro o en la medula espinal y/o neuritis óptica. Además debe caracterizarse por episodios de exacerbación y debilidad.

El diagnóstico debe basarse en un examen físico, en la historia clínica y en el análisis del fluido cerebro-espinal; un principio de ataque o episodio simple de esclerosis múltiple no es considerado como esclerosis múltiple para efecto de la presente póliza. En ningún caso la Compañía pagará indemnización alguna si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de comienzo de la presente póliza.

DISTROFIA MUSCULAR.- enfermedad hereditaria caracterizada por un progreso debilitamiento muscular.

El diagnostico debe ser efectuado por un médico con licencia legal vigente y especializado en esta clase de enfermedad, a base principalmente de los síntomas clínicos y en árbol genealógico del paciente (historia genética familiar o estudio de cromosomas).

Copia del resultado de una biopsia muscular o de una electro miografía sirven de gran ayuda pero por si solas no pueden constituir un diagnostico.

PARÁLISIS.- perdida funcional (de uso), completa y permanente de dos o más miembros o piernas como consecuencia de parálisis.

El diagnostico y la determinación de la pérdida funcional (uso) permanente, debe ser certificado por un médico y, haberse presentado, en forma continua y permanente, durante los doce (12) meses siguientes a la fecha en la que se presento inicialmente la parálisis.

El asegurado deberá presentar pruebas fehacientes de la causa y/o causas de la parálisis.

ACCIDENTE: Suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del asegurado, causado por medios externos, que afecten el organismo del asegurado.

HOSPITAL: Establecimiento que:

- (a) Tenga licencia legal válida.
- (b) Se desempeñe en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
- (c) Tenga servicio medico disponible a toda hora con

profesionales en la medicina legalmente titulados,

- (d) Tenga servicios de enfermería, durante las 24 horas del día, con por lo menos una enfermera titulada.
- (e) Tenga facilidades organizadas para diagnostico y cirugía.
- (f) No sea casa de reposo, ancianato, casa de convalecencia o institución similar

TRATAMIENTO AMBULATORIO.- Tratamiento medico que se practica bien en un hospital o en un consultorio medico para el cual no es necesaria la hospitalización de la persona por mas de 24 horas.

GASTOS RAZONABLE Y NECESARIOS.- erogación que:

- (a) Es cobrada por el tratamiento, materiales, droga y servicios médicos necesarios para la recuperación de un paciente.
- (b) No exceda el nivel habitual de precio por tales conceptos en el lugar donde tal erogación sea efectuada y
- (c) No incluye gastos en los que no se hubiere incurrido de no existir el amparo de la presente póliza.

SOLICITANTE: Persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia, o por cuenta de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos al asegurador.

ASEGURADO PRINCIPAL: En pólizas colectivas, es aquella persona que esta vinculada al contratante mediante relaciones estables de igual naturaleza, cuyo vínculo no se haya originado en la voluntad de obtener la

prestación del seguro. y figure como tal en los registros del contratante.

ASEGURADOS: Las personas para quienes la prima haya sido debidamente pagada y cuyas solicitudes de seguro fueron aprobadas, por la compañía.

BENEFICIARIO: El propio asegurado, o en caso de muerte de este la persona natural o jurídica nombrada como tal en el cuadro de declaraciones.

DEPENDIENTE: Es aquella persona que depende económicamente del asegurado principal y por lo tanto es elegible para el seguro otorgado por esta póliza.

ELEGIBILIDAD: El derecho que tiene un miembro de una familia del asegurado principal o las personas vinculadas al contratante para gozar de los beneficios otorgados por la póliza, siempre y cuando haya solicitado su inclusión a la misma y esta haya sido aprobada por la compañía.

HIJOS ELEGIBLES: Todos los hijos del asegurado principal de 16 hasta 18 años de edad (hasta 23 años si asiste a un instituto de aprendizaje especial), que estén solteros y vivan permanentemente con el asegurado principal.

FAMILIA: Los hijos elegibles, el cónyuge y el asegurado principal.

S.I.D.A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tiene los significados dados a ella por la organización mundial de la salud, incluyendo VIH virus de inmunodeficiencia humana), encefalopatía (demencia), VIH síndrome de agotamiento (Wasting) y CRS (condiciones relacionada con el SIDA).

MEDICO: Doctorado en medicina general o en alguna de sus especialidades, con licencia legal vigente para ejercer su profesión. el medico que atienda al asegurado no puede ser:

- (a) Algún asegurado
- (b) El cónyuge del asegurado
- (c) Una persona o pariente del cónyuge como: hijo, padre o
- (d) Hermano (a), medio hermano (a).

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Cualquier enfermedad o lesión cuyo cuidado o curación, el asegurado recibió atención, tratamiento o consejo de parte de un medico o se hizo manifiesta o se contrajo antes de la fecha de iniciación de la vigencia de esta póliza.

CUADRO DE DECLARACIONES: Anexo que hace parte de esta póliza en la cual figuran todos los datos específicos del seguro de cada asegurado.

CONDICIÓN 4. BENEFICIO

La suma que la Compañía pagará por concepto de la presente Póliza, una vez que se cumplan los requisitos citados en la condición 1. anterior, será la que figure en su respectivo "Cuadro de Declaraciones", bien como "suma asegurada única" o como "sumas periódicas aseguradas", según la opción que de estas haya elegido el asegurado, así:

1. SUMA ASEGURADA ÚNICA:

Durante el primer año: la "suma asegurada única" estipulada en el "Cuadro de Declaraciones" de la Póliza.

Durante el segundo año de vigencia de la presente póliza: la citada “suma asegurada”, incrementada con el porcentaje también indicado en el cuadro de declaraciones”.

Durante el tercer año y años subsiguientes de la vigencia de la presente póliza la “suma asegurada única”, del año anterior, incrementada con el porcentaje indicado en el mencionado “cuadro”.

La Compañía solo pagará una “suma asegurada única”, durante la vida del asegurado, independientemente del número de enfermedades graves amparadas que el asegurado llegare a sufrir.

2. SUMAS PERIÓDICAS ASEGURADAS.

2.1. SUMA ÚNICA POR DIAGNOSTICO.

Confirmado el diagnostico de alguna de las enfermedades graves amparadas, la Compañía pagará la suma estipulada para este concepto en el “cuadro de declaraciones”.

2.2. PAGOS TRIMESTRALES.

Después de confirmado el diagnostico de alguna de las enfermedades graves amparadas, la Compañía pagará al asegurado trimestralmente las sumas estipuladas en el “cuadro de declaraciones”, a la terminación de cada uno de los periodos de tres meses inmediatamente siguientes a la fecha de diagnóstico, hasta por el número máximo de trimestres

consecutivos anotado también en el mencionado “cuadro”.

2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

La Compañía pagará al asegurado la “renta diaria” estipulada en el “cuadro de declaraciones” cuando este sea hospitalizado como resultado de una de la” enfermedades graves” amparadas, hasta por el número máximo de días consecutivos por hospitalización estipulados en el mencionado “cuadro”.

2.4. REEMBOLSO DE GASTOS DE CIRUGÍA.

La Compañía reembolsará los gastos razonables y acostumbrados en que incurra el asegurado, por concepto de cirugía ocasionada por alguna de las “enfermedades graves” amparadas, debidamente diagnosticadas, hasta por la suma máxima indicada en el “cuadro de declaraciones”, hasta por la suma máxima indicada en el “cuadro de declaraciones” para este concepto.

2.5. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS.

La Compañía pagará los gastos razonables y acostumbrados de los tratamientos ambulatorios que le sean practicados al asegurado como consecuencia del diagnostico positivo de alguna de las “enfermedades graves” amparadas, siempre y cuando tales tratamientos ambulatorios sean practicados dentro del numero de días siguientes a la fecha del

diagnóstico inicial, estipulado en el mencionado “cuadro” como “plazo para tratamientos ambulatorios” y, máximo hasta por el valor anotado en dicho “cuadro”.

Se entenderá como “tratamiento ambulatorio” todo tratamiento médico que se le sea suministrado al asegurado en el consultorio médico o en una clínica u hospital sin que este sea hospitalizado.

2.6. MUERTE REPENTINA O SÚBITA.

La compañía pagará, a los beneficiarios designados, la suma asegurada por este concepto en el “cuadro de declaraciones”, si el asegurado fallece dentro del número de días siguientes al diagnóstico de alguna de las “enfermedades graves” amparadas, estipulado en el “cuadro de declaraciones”, como “periodo de supervivencia”.

ACLARACIÓN.- después del pago, por parte de la Compañía, de la totalidad de la suma asegurada al asegurado, o a los beneficiarios designados, como consecuencia de cualquier reclamación amparada cesará toda obligación de pago por parte de la Compañía, respecto con la misma persona asegurada.

CONDICIÓN 5. EIDADES ACEPTABLES

Esta póliza solo cubrirá a personas con edades comprendidas entre los dieciséis (16) y los sesenta y cinco (65) años de edad.

CONDICIÓN 6. PERIODO DE ESPERA

La presente póliza ampara solo a las “enfermedades graves” definidas en la condición 3. cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez, por un médico y confirmadas con evidencias clínicas aceptables, radiologías, histológicas y de laboratorio, solo, cuando ya haya transcurrido, desde la iniciación de la primera vigencia de la presente Póliza, el tiempo establecido como “periodo de espera” en el “cuadro de declaraciones” de la misma.

CONDICIÓN 7. EL CONTRATO DE SEGURO Y SUS MODIFICACIONES.

Forman parte del contrato de seguro la solicitud general, las declaraciones individuales de seguro que presenten el asegurado principal y sus dependientes, el “cuadro de declaraciones” con las condiciones particulares, las condiciones generales y sus anexos que la compañía emita durante la vigencia de la póliza.

Cualquier modificación a las condiciones generales y particulares de esta póliza y sus anexos solo tendrán validez cuando la Compañía únicamente lo haga por escrito.

Toda modificación a las cláusulas de la presente Póliza, así como a las cláusulas adicionales o a los anexos, deberá someterse a aprobación de la Superintendencia de Bancos antes de la utilización, de conformidad con las disposiciones legales pertinentes.

CONDICIÓN 8. CALCULO DE PRIMAS

Se calcularán a base de las sumas establecidas como aseguradas en el

cuadro de declaraciones, de acuerdo con la clasificación y número de asegurados amparados bajo la póliza. La compañía podrá modificar las primas de la póliza después de transcurrido el primer año de vigencia de la Póliza.

**CONDICIÓN 9.
PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O
CUOTA DE PRIMA**

Por acuerdo entre las partes, el solicitante se compromete a efectuar el pago de la primera prima antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza para que esta entre en vigor a partir de dicha fecha.

La falta de pago de la primera cuota en la forma como se expresa en el párrafo anterior, releva a la Compañía de toda obligación relacionada con el presente contrato; y tendrá derecho a exigir que se reembolsen los gastos incurridos en la instrumentación del contrato.

**CONDICIÓN 10.
PLAZO DE GRACIA.**

El solicitante de esta póliza se compromete a pagar cada una de las demás primas o fracciones de primas que cause la presente póliza, diferentes a la primera y a las de renovación, a más tardar, dentro de los treinta (30) días siguientes, contados a partir de la fecha de entrega de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

La mora en el pago de las primas de tales certificados o anexos, producirá la terminación automática de esta póliza y dará derecho a la Compañía a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de la misma.

**CONDICIÓN 11.
REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.**

Cuando esta póliza termine automáticamente por mora en el pago de sus primas, cualquier aceptación o recibo posterior de pagos de tales primas, por parte de la Compañía, cubrirá solo eventualidades amparadas a partir de la fecha de aceptación o recibo de tales primas.

**CONDICIÓN 12.
RENOVACIÓN**

La presente póliza podrá renovarse con el consentimiento de la Compañía mediante el pago adelantado de la primera prima o fracción de la misma estipulada por la compañía, con sujeción a lo establecido en la condición 10. plazo de gracia.

**CONDICIÓN 13.
REVOCACIÓN DEL CONTRATO.**

Este contrato puede ser resuelto unilateralmente por los contratantes; por la Compañía, mediante notificación escrita al asegurado con antelación no menor a diez días; por el asegurado mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de la póliza. Si la Compañía no pudiera determinar el domicilio del asegurado, le notificara con la resolución mediante tres avisos que se publicaran en el periódico de buena circulación del domicilio de esta, con intervalo de tres días entre cada publicación.

**CONDICIÓN 14.
PÓLIZAS COLECTIVAS.**

Cuando en la presente póliza se otorguen coberturas para más de un asegurado, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables a cada uno de

los asegurados individualmente considerados.

CONDICIÓN 15. INCLUSIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Toda persona elegible para esta Póliza puede ser incluida bajo el amparo de la misma, en cualquier momento, mediante el diligenciamiento y entrega a la Compañía del respectivo formulario de solicitud. El amparo de todo nuevo asegurado comenzará en la fecha en que dicha solicitud sea aprobada por la Compañía con sujeción a cualquier limitación que se exprese en el respectivo anexo de inclusión; y, de conformidad con lo establecido en las condiciones 8 y 9 respecto del cálculo y pago de primas.

CONDICIÓN 16. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquier asegurado, terminará, en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones, la que ocurra primero

- a. Cuando expire el plazo contratado.
- b. Cuando el asegurado deje de pertenecer a la entidad solicitante.
- c. Cuando por mora en el pago de la prima termine automáticamente esta póliza.
- d. Cuando el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- e. Cuando lo solicite expresamente un asegurado principal.

- f. cuando la Póliza sea revocada, de conformidad con lo establecido en la condición 13, en cuyo caso el seguro terminará para todos los asegurados.
- g. Cuando un hijo asegurado deje de ser dependiente del asegurado principal de acuerdo con la definición de "hijos dependientes" contenida en la condición 5.

CONDICIÓN 17. ESTADO DEL RIESGO.

La presente Póliza tiene como base las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, la cual se agrega a la presente Póliza como parte integrante; de tal virtud.

El solicitante del seguro esta obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por la Compañía, lo hubieren hecho desistir de la celebración del contrato, o inducidos a estipular condiciones mas gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción al cuestionario determinado, los vicios enumerados en el inciso anterior producen el mismo efecto, siempre que el solicitante encubra culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento, de parte de la Compañía, de las circunstancias cubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las aceptare expresamente.

**CONDICIÓN 18.
INEXACTITUD RESPECTO DE LA
EDAD**

Si respecto a la edad se comprobare inexactitud en la declaración del asegurado, se aplicaran las siguientes normas:

- a) Si es menor de 65 años pero mayor que la edad declarada, la Compañía cobrará, al asegurado, la diferencia de prima dejada de cobrar desde el inicio de la cobertura, si es del caso.
- b) Si es mayor a 65 años, la Compañía devolverá al asegurado todas las primas recibidas por él, por cuanto su seguro nunca tuvo efecto por encontrarse su edad dentro de las personas no calificadas para esta póliza.

**CONDICIÓN 19.
AVISO DE SINIESTRO.**

El solicitante o el Asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, a la Compañía o a su presentante legal, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse, pero no reducirse, por acuerdo de las partes.

**CONDICION 20.
DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN
CASO DE RECLAMACION.**

La Compañía, a sus expensas, tendrá el derecho de examinar al asegurado que presente una reclamación amparada por la presente Póliza, las veces que considere necesario.

**CONDICIÓN 21.
PAGO DE RECLAMACIONES**

La Compañía, tiene la obligación de pagar la indemnización debida al asegurado o beneficiario, una vez producido el siniestro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a aquel en que fue notificada por escrito la correspondiente reclamación, aparejada de los documentos que prueben la ocurrencia del riesgo y la cuantía de la pérdida.

Para tal efecto, la enfermedad grave deberá ser legalmente confirmada por un médico y diagnosticada positivamente por un patólogo, cuando así lo considere la Compañía; el médico deberá basar su diagnóstico, exclusivamente, en alguna de las definiciones de las enfermedades graves, contenidas en la condición 3.- definiciones, de la presente Póliza, después del estudio histológico y clínico del paciente a base de la historia clínica del mismo, exámenes físicos y otros exámenes de laboratorio.

**CONDICION 22.
INDEMNIZACION MAXIMA**

La suma máxima que la Compañía pagará por una, varias o todas las reclamaciones amparadas por la presente póliza no excederá la suma total asegurada estipulada para cada asegurado en el "cuadro de declaraciones".

**CONDICIÓN 23.
PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.**

Las acciones derivadas del presente contrato, prescriben en dos años a partir del acontecimiento que les dio origen.

**CONDICIÓN 24.
NOTIFICACIONES.**

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones del presente contrato, deberá consignarse por escrito dirigido a la última dirección registrada por las partes. Si la Compañía no pudiere determinar el domicilio del asegurado, le notificara con su resolución mediante tres avisos que se publicara en un periódico de buena circulación del domicilio de la Compañía, con intervalos de tres días entre cada notificación.

**CONDICIÓN 25.
NORMAS SUPLETORIAS**

En lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se

Lugar y Fecha:

regirá por las disposiciones de la ley sobre el contrato de seguro, Ley General de Compañías de Seguros, código de comercio y demás leyes conexas.

**CONDICIÓN 26.
JURISDICCIÓN.**

En caso de controversia en la ejecución del presente contrato, las partes se someten a los jueces competentes de la República del Ecuador y al trámite verbal sumario. Sin embargo, las acciones contra la Compañía deberán ser deducidas en su domicilio; las acciones en contra del solicitante, asegurado o beneficiario en el domicilio del demandado.

EL CONTRATANTE

LA COMPAÑIA

La Superintendencia de Bancos y Seguros para efectos de control asigno a la presente Póliza, el número de registro 17671 aprobado mediante Resoluciones SB-INS-97-506 y SB-INS-97-507 de 14 de noviembre de 1997.