
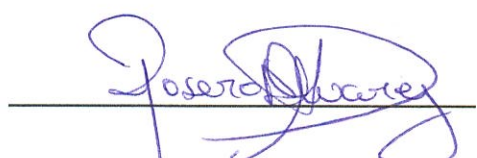


ASEGURADORA DEL SUR C.A. en adelante "la Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdidas y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros mediante registro SCVS-1-2-CG-40-11004419-29092020 del 29 de septiembre del 2020 particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

Emitido en: QUITO De los Naranjos N44-463 y Av. Azucenas. **Teléfono:** (2)2997500

Emisión: 7/10/2025 **Agente:** 00664 **Teléfono:** (2)2997527

RAMO	DOCUMENTO	PÓLIZA NÚMERO	CERTIFICADO	
VIDA COLECTIVO	POLIZA	1133474	0	
VIGENCIA DEL DOCUMENTO		RENOVACIÓN	REFERENCIA	
DESDE LAS 12H00 DE	HASTA LAS 12H00 DE	PLAZO	SUMA ASEGURADA	
29/09/2025	29/09/2027	730	USD 0,00	
SOLICITANTE: ISSFA INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUER DIRECCIÓN: JORGE DROM N37-125 Y JOSE VILLALENGUA TEL: 023966016 RUC/CED: 1768022190001 CEL: 023966000 DISTRITO METRO				
ASEGURADO: ISSFA INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUER DIRECCIÓN: JORGE DROM N37-125 Y JOSE VILLALENGUA TEL: 023966016 RUC/CED: 1768022190001 CEL: 023966000				
RIESGO ASEGURADO: Según Condiciones particulares				
CLÁUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO: Según Condiciones particulares				
Prima	Imp. SCVS	Derechos Emisión	S.Social Campesino	Otros
I.V.A	Compensación Solidaria	Financiamiento	Total	Moneda
SON:				
FORMA DE PAGO: CONTADO: Débito automático: CRÉDITO cuota(s) de c/u vencimiento mensual DESDE: HASTA:				
ESTE FOMULARIO ES UN AVISO DE COBRO Todo pago debe ser girado únicamente a nombre de ASEGURADORA DEL SUR C.A. Exija su comprobante de pago.				
En testimonio de lo acordado se firma este contrato en: QUITO a 07 DE OCTUBRE DE 2025				
ASEGURADO		LA ASEGURADORA		
				
ORIGINAL				

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el Número de Registro SCVS-1-2-SF-167-462004423-03082023 del 03 de agosto del 2023.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA N° 1133474 / CERTIFICADO N° 0

RAMO: VIDA COLECTIVO
MONEDA: DÓLARES
LUGAR Y FECHA: QUITO, 07 de Octubre de 2025

VIGENCIA DE LA POLIZA DESDE: 29/09/2025 HASTA: 29/09/2027

COBERTURAS CONTRATADAS	Sumas Aseguradas hasta: USD	Deducible: Aplica el mayor de los tres		
		% Suma Asegurada	%Valor de Sinistro	Mínimo USD

CLÁUSULA DE OBJETO DEL SEGURO: Proteger y cubrir el saldo insoluto de toda la cartera de créditos quirografarios e hipotecarios (incluida la histórica) que otorga el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) a sus beneficiarios. Sin perjuicio de las coberturas y beneficios adicionales establecidos en el presente seguro, según las coberturas principales y coberturas adicionales descritas en las presentes condiciones.

El deudor/afiliado/cónyuge/conviviente/asegurado está cubierto por esta póliza durante los setecientos treinta y un (730) días del año, y en cualquier parte del mundo en que se encuentre.
No se aplicarán preexistencias y no se presentará declaración de asegurabilidad para todos los asegurados.

TASA NETA MENSUAL TITULAR + CONYUGE: 0,685 por mil (‰)
Ramo: Vida Colectiva.
Tipo: Desgravamen.
Beneficiario Oneroso/Acreedor: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
Vigencia: Dos (2) años plazo a partir de la suscripción del contrato.

CLÁUSULA DE LIMITE DE EDAD PARA ELEGIBILIDAD
Para todas y cada una de las coberturas del presente seguro, tanto principales como adicionales, no se establecen límites de edad para ingreso y permanencia.

CLÁUSULA DE ASEGURABILIDAD Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DE RIESGOS
Debido al tipo de riesgos e intereses asegurables, la empresa de seguros releva al solicitante/asegurado de sus obligaciones en la declaración del estado del riesgo, excepto si se prueba legalmente dolo o mala fe, prueba que siempre estará a cargo de la empresa de seguros.

CLÁUSULA DE DETERMINACIÓN DEL SOLICITANTE O TOMADOR:
El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y/o sus beneficiarios/deudores de los créditos quirografarios e hipotecarios, estos últimos obligados al pago de la prima y en cumplimiento de las demás obligaciones legales a cargo de estos últimos solicitantes, según corresponda el caso.

CLÁUSULA DE DETERMINACIÓN DEL ASEGURADO
El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) cuyo interés asegurable se protege sobre el saldo insoluto de

ORIGINAL

toda la cartera de créditos quirografarios e hipotecarios otorgados; y/o sus beneficiarios/deudores/titular + cónyuge de los créditos quirografarios e hipotecarios, según corresponda. Se entenderá, en cualquier caso, que la institución o persona tiene la calidad de asegurado solamente cuando exista la relación acreedor-deudor, es decir, cuando se haya generado y firmado la solicitud en el caso de préstamo quirografario; y, en el caso de préstamo hipotecario cuando se haya realizado el desembolso.

CLÁUSULA DE DETERMINACIÓN DEL BENEFICIARIO

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) como beneficiario oneroso/acreedor en caso del saldo insoluto de todos los créditos quirografarios e hipotecarios otorgados; y/o el cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida y los herederos de los beneficiarios/deudores/titular + cónyuge.

CLÁUSULA DE COBERTURAS PRINCIPALES Y ADICIONALES

El listado y denominación de las coberturas, tanto principales como adicionales, se describen según el siguiente cuadro resumen.

1. COBERTURAS PRINCIPALES

COBERTURA

1. Coberturas Principales		
1.1.- Muerte por cualquier causa	Principal	Saldo insoluto del crédito
1.1.1.- Muerte presunta	Principal	Saldo insoluto del crédito
1.2.- Incapacidad, invalidez, permanente total, o Incapacidad, invalidez, permanente absoluta del deudor y/ o su cónyuge o conviviente de unión de hecho, legalmente Reconocida	Principal	Saldo Insoluto del crédito

2. COBERTURAS ADICIONALES

2.1.- Desmembración	Adicional	Saldo Insoluto del crédito
2.2.- Enfermedades catastróficas y/o graves	Adicional	Saldo Insoluto del crédito

NOTA: Las coberturas para el cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida, aplican las antes citadas.

Cada una de las coberturas, tanto principales como adicionales, cuyo listado y denominación se han descrito anteriormente, se desarrolla a continuación.

1. COBERTURAS PRINCIPALES. (Sin exclusiones)

1.1. Muerte por cualquier causa:

Si el asegurado deudor y/o su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida, dentro de la vigencia del presente seguro muere por cualquier causa, la aseguradora pagará al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) como beneficiario oneroso/acreedor, el saldo insoluto de la(s) deuda(s) por préstamos quirografarios y/o hipotecarios que mantenga a la fecha de ocurrencia del siniestro; el cual comprenderá el capital, los intereses corrientes y/o los intereses por mora, entre otros. Se cubre el suicidio desde el primer día de vigencia del seguro.

ORIGINAL

1.1.1. Muerte presunta:

Si el asegurado deudor y/o su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida, dentro de la vigencia del presente seguro desapareciere y no se tenga noticias de él(ella) dentro de los noventa (90) días de su desaparición aún a falta de declaración judicial de muerte presunta, la aseguradora pagará al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) como beneficiario oneroso/acreedor, el saldo insoluto de la(s) deuda(s) por préstamos quirografarios y/o hipotecarios que mantenga a la fecha de ocurrencia del siniestro; el cual comprenderá el capital, los intereses corrientes y/o los intereses por mora, entre otros..

El inicio del tiempo para establecer la mera ausencia y desaparición podrá ocurrir en cualquier tiempo antes de iniciado y antes de terminado la vigencia del presente seguro. Sin embargo, la fecha de terminación de los noventa (90) días o la fecha en que el juez declare día presuntivo de la muerte, según el caso, no podrá ser más allá de terminada la vigencia de este seguro.

Para el caso descrito de muerte presunta, la aseguradora acepta que la mera ausencia y desaparición de la persona, sí concede derecho al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) a la cantidad asegurada, pero éste a su vez estará obligado a restituir los valores indemnizados si el ausente apareciere, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 777 del Código de Comercio..

1.2. Incapacidad, invalidez, permanente total, o incapacidad, invalidez, permanente absoluta del deudor y/ o su cónyuge o conviviente de unión de hecho, legalmente reconocida:

Si el asegurado deudor y/o su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida, quedare(n) en incapacidad, invalidez, permanente total, o incapacidad, invalidez, permanente absoluta, la aseguradora pagará al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) como beneficiario oneroso/acreedor, el saldo insoluto de la(s) deuda(s) por préstamos quirografarios y/o hipotecarios que mantenga a la fecha de ocurrencia del siniestro; el cual comprenderá el capital, los intereses corrientes y/o los intereses por mora, entre otros.

El motivo que origine la incapacidad, invalidez, podrá ocurrir en cualquier tiempo antes de iniciado y antes de terminado la vigencia del presente seguro. Si el motivo que origine la incapacidad o invalidez, ocurre dentro de la vigencia del presente seguro, la empresa de seguros deberá pagar la indemnización aun cuando la incapacidad, invalidez haya sido determinada después de que haya terminado la vigencia de la póliza.

Para efectos de este seguro se entiende que se presenta incapacidad total y permanente, cuando el deudor asegurado sufra alteraciones funcionales, comprobables desde el punto de vista médico, que de por vida le impida desempeñar cualquier actividad, ocupación o trabajo remunerativo o lucrativo para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia.

La incapacidad será determinada por la autoridad, y posterior al otorgamiento/desembolso del préstamo quirografario y/o hipotecario.

2. COBERTURAS ADICIONALES.**2.1. Desmembración.****ORIGINAL**

Si el asegurado deudor y/o su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida, dentro de la vigencia del presente seguro sufre una determinada desmembración, la aseguradora pagará al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) como beneficiario oneroso/acreedor, los porcentajes del saldo insoluto de la(s) deuda(s) por préstamos quirografarios y/o hipotecarios que mantenga a la fecha de ocurrencia del siniestro; el cual comprenderá el capital, los intereses corrientes y/o los intereses por mora, entre otros. Las desmembraciones y los porcentajes de los saldos insolutos a pagar o indemnizar, se determinan según la tabla descrita a continuación:

Evento y porcentaje de indemnización

Ambos brazos o ambos pies	100%
Ambas manos o ambos pies	100%
Un brazo y una pierna	100%
Una mano y un pie	100%
Cualquiera de las manos o pie y la vista de un ojo	100%
La vista de ambos ojos	100%
Pérdida total y completa del habla	100%
Pérdida total y completa de la audición	100%
Enajenación mental incurable que lo incapacite para todo trabajo	100%
Cualquier mano o pie, o un brazo o una pierna	50%
La vista de un ojo	50%
Pérdida total y completa de un oído	50%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	15%
Cada uno de los otros dedos de la mano	5%
Dedo grande del pie	5%
Cada uno de los otros dedos del pie	3%

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de pago de la empresa de seguros, que la desmembración sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente o una enfermedad, y que la misma ocurra posterior al otorgamiento/desembolso del préstamo quirografario y/o hipotecario, pero antes de terminado la vigencia del presente seguro.

La palabra PÉRDIDA con referencia a las extremidades significa la separación completa por amputación, o la inutilización por impotencia funcional definitiva de dichas extremidades; con referencia a los ojos, oído o voz significa la pérdida total e irrecuperable de estos.

La pérdida de las falanges de los dedos se indemnizará sólo cuando se produce por amputación total de la misma y, la indemnización será igual a la mitad de lo que correspondería por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y, a la tercera parte, por cada falange, si se trata de otros dedos.

En caso de sufrir más de una pérdida en un mismo accidente o enfermedad, la empresa de seguros no pagará más del cien por ciento (100%) del monto asegurado por persona bajo esta Póliza.

Si la muerte sobreviene después de haber pagado la indemnización por desmembración, ese valor se considera como parte de la indemnización de la cobertura de muerte por cualquier causa, y la empresa de seguros sólo estará obligada a completar la diferencia hasta cubrir el cien por ciento (100%) del valor asegurado contratado, es decir, el total del saldo insoluto del crédito quirografario y/o hipotecario.

2.2. Enfermedades catastróficas y/o graves:

ORIGINAL

Si al asegurado deudor y/o a su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida, dentro de la vigencia del presente seguro se le diagnosticare cualquiera de las siguientes enfermedades catastróficas y/o graves, la aseguradora pagará al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) como beneficiario oneroso/acreedor, el saldo insoluto de la(s) deuda(s) por préstamos quirografarios y/o hipotecarios que mantenga a la fecha de ocurrencia del siniestro ; el cual comprenderá el capital, los intereses corrientes y/o los intereses por mora, entre otros.

Para los efectos de la presente cobertura, se consideran cubiertas todas las enfermedades catastróficas y/o graves adquiridas posterior al otorgamiento / desembolso del préstamo quirografario y/o hipotecario y que hayan sido determinadas por la autoridad competente, sean éstos centros médicos, médicos autorizados, autoridad, etc., antes de terminado la vigencia del presente seguro.

Listado de Enfermedades catastróficas

1. Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas .
2. Todo tipo de cáncer.
3. Tumor cerebral en cualquier estado y de cualquier tipo .
4. Insuficiencia renal crónica.
5. Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
6. Secuelas de quemaduras graves.
7. Malformaciones arterio venosas cerebrales.
8. Síndrome de Klippel Trenaunay
9. Aneurisma tóraco-abdominal

Durante la vigencia del presente seguro y de sus extensiones, cualquier inclusión que haga la autoridad sanitaria sobre enfermedades catastróficas, se entenderá(n) automáticamente incorporada(s) a la póliza de seguros. No así para el caso en que la autoridad sanitaria excluya como tal alguna(s) de las enfermedades catastróficas ya existentes, ésta se mantendrá incluida en la póliza de seguro con plena cobertura hasta la finalización de su vigencia o de sus extensiones. La inclusión o la exclusión no tendrán efecto retroactivo de cobertura en el contrato de seguro.

Listado de Enfermedades graves

1. Accidente cerebro vascular
2. Infarto agudo de miocardio

Si durante la vigencia del presente seguro y de sus extensiones, la autoridad sanitaria excluye como tal alguna(s) de las enfermedades graves descritas, ésta se mantendrá incluida en la póliza de seguro con plena cobertura hasta la finalización de su vigencia o de sus extensiones. La exclusión no tendrá efecto retroactivo de cobertura en el contrato de seguro.

CLÁUSULA DE AVISO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Para todas las coberturas de muerte, en general el beneficiario tendrá hasta tres (3) años desde la fecha del siniestro para dar aviso, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 718 del Código de Comercio.

Para las coberturas de incapacidad, invalidez, desmembración, enfermedades catastróficas y graves, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) una vez conocido el siniestro, tendrá un término de sesenta (60) días para dar aviso, contados desde el día hábil siguiente en que tuvo conocimiento de este.

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) podrá justificar la imposibilidad de dar aviso en el término pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado de cumplir con este deber, por caso fortuito o fuerza mayor.

Para el aviso y reclamación del siniestro, se estará a lo dispuesto en los artículos 718 y 723 del Código de Comercio, y al artículo 42 de la Ley General de Seguros incorporada como Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, de ser el caso, sin perjuicio de otras normas legales o de las estipulaciones del presente contrato de seguros que le favorezcan al asegurado y/o beneficiario.

CLÁUSULA DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones serán pagadas por la empresa de seguros dentro de un plazo de ocho (8) días contados desde el día siguiente en que el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) presente la correspondiente reclamación en la que probará la existencia del siniestro, la cuantía de la indemnización, acompañando los documentos determinados en la póliza para cada caso en particular.

Dentro del mismo plazo acordado, la empresa de seguros debe notificar al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), su negativa al pago, en la que deberá probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, señalando sus argumentos legales y contractuales expuesto de manera completa, clara y detallada.

En caso de que la empresa de seguros, en el plazo acordado no se pronuncie en ningún sentido, esto es, pagando o negando la cobertura, aquella procederá al pago de la indemnización o capital sin ningún tipo de objeción, incluso si el asegurado/beneficiario reclamare el pago a través de cualquier vía o acción.

Así mismo, si la empresa de seguros no efectuare el pago de la indemnización o capital en el plazo acordado, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), de oficio podrá descontar dichos valores de las primas pendientes de pago/entrega a la empresa de seguros. Las primas para descontar serán de aquellas cuotas que no hayan vencido, por lo tanto, las primas sobre esas cuotas se darán por pagadas mediante compensación en los valores correspondientes de la indemnización o capital que la empresa de seguros no pagó en el tiempo y condiciones establecidas. Lo indicado en el presente párrafo es sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 713 y 780 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL RECLAMO DE UN SINIESTRO**1. Para la cobertura de muerte por cualquier causa:**

- a) Copia del documento de identificación del fallecido asegurado deudor y/o de su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida;
- b) Copia certificada del documento que declare el matrimonio o la unión de hecho, en los casos que corresponda;
- c) Copia del certificado de defunción del asegurado deudor y/o su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida;

ORIGINAL

d) Liquidación del saldo insoluto a la fecha de ocurrencia del siniestro.

2. Para la cobertura de incapacidad, invalidez, permanente total, o incapacidad, invalidez, permanente absoluta:

- a) Copia del documento de identificación del asegurado deudor y/o de su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida;
- b) Copia certificada del documento que declare el matrimonio o la unión de hecho, en los casos que corresponda;
- c) Certificado de Incapacidad total y permanente, o el documento que haga sus veces, emitido por la autoridad y/o entidad competente;
- d) Copia certificada de la historia clínica;
- e) Liquidación del saldo insoluto a la fecha de ocurrencia del siniestro;

3. Para la cobertura de enfermedades Catastróficas y/o graves:

- a) Copia del documento de identificación del asegurado deudor y/o de su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida;
- b) Copia certificada del documento que declare el matrimonio o la unión de hecho, en los casos que corresponda;
- c) Copia certificada del informe y certificado del o los médicos tratantes detallando el diagnóstico y tratamiento;
- d) Copia certificada de la historia clínica;
- e) Liquidación del saldo insoluto a la fecha de ocurrencia del siniestro;

4. Para la cobertura por Desmembración:

- a) Copia del documento de identificación del asegurado deudor y/o de su cónyuge o conviviente de unión de hecho legalmente reconocida;
- b) Copia certificada del documento que declare el matrimonio o la unión de hecho, en los casos que corresponda;
- c) Copia certificada del documento médico que indique la parte del cuerpo desmembrada, o el documento que haga sus veces, emitido por la autoridad y/o entidad competente;
- d) Copia certificada de la historia clínica;
- e) Liquidación del saldo insoluto a la fecha de ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA DE PERÍODO DE CARENIA

En el presente contrato de seguro y para todas y cada una de las coberturas, el periodo de carencia será de cero (0) días.

CLÁUSULA DE FORMA Y PAGO DE PRIMA

Para el pago de la prima se acuerda el plazo de sesenta (60) días contados desde el día siguiente a la entrega de la factura al ISSFA, y se estará a lo dispuesto en los artículos 713 y 780 del Código de Comercio.

La forma de pago de la prima será mediante transferencia financiera y en moneda de curso legal, a la cuenta aperturada en el Banco General Rumiñahui.

La tasa de prima (0.685 por mil mensual) para establecer el costo del seguro se mantendrá vigente durante el primer año de vigencia. Para el segundo año de vigencia y solamente si la siniestralidad es inferior al 60%, la tasa de prima será del 0.675 por mil mensual y no sufrirá modificaciones hasta el fin de vigencia o extensión de la póliza; excepto los impuestos de ley que se aplican al contrato de seguro.

ORIGINAL

CLÁUSULA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA

Se otorgará continuidad de cobertura inmediata a toda la cartera histórica de los créditos quirografarios e hipotecarios que existan a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza de seguro y además a todos aquellos que se otorguen o generen a partir de la vigencia de la póliza hasta su finalización, incluida sus extensiones de vigencia. Habrá, sin excepción alguna, continuidad de cobertura para todos los préstamos quirografarios y/o hipotecarios que vengan de la póliza de seguros anterior, sea o no de la misma aseguradora. La empresa de seguros proporcionará cobertura inmediata desde el inicio de vigencia, aún si no se hubiere emitido la póliza de seguro, hasta cuando finalice la vigencia de dicha póliza o sus extensiones de vigencia.

De tal manera que no quede espacio o vacío alguno debido al tiempo (vigencia), o si quedando, no será pretexto para su falta de cobertura. En el mismo sentido, para que ningún préstamo quirografario y/o hipotecario se quede sin cobertura en cuanto a sus riesgos asegurados y beneficios/coberturas adicionales de la póliza de seguro anterior, venga o no de la misma aseguradora.

CLÁUSULA DE EXTENSIÓN DE VIGENCIA Y PAGO DE PRIMA A PRORRATA NOVENTA (90) DÍAS PLAZO

A solicitud del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), la aseguradora extenderá la vigencia del presente contrato de seguro por un tiempo máximo de hasta noventa (90) días, existiendo la obligación de pago de la prima por el valor en proporción al tiempo extendido. La extensión de vigencia, se realizará con las mismas tarifas, términos y condiciones, a menos que se acuerde mutuamente lo contrario.

CLÁUSULA DE ERRORES U OMISIONES

Los errores u omisiones no intencionales ocurridas en la redacción, administración o aplicación de la póliza de seguro no causarán perjuicio de cobertura al solicitante/asegurado/beneficiario, y deberán ser enmendados en cuanto sean advertidos. Si un deudor asegurado y/o cónyuge o conviviente en unión de hecho reconocida legalmente, no consta en el listado y sufre un siniestro, el asegurado/beneficiario deberá presentar todas las pruebas que demuestren que el deudor asegurado y/o cónyuge o conviviente en unión de hecho reconocida legalmente tenían tales calidades y contaban con la cobertura, la prima será cobrada desde la fecha del otorgamiento del préstamo quirografario o hipotecario, o desde que se haya detectado la omisión o error en los listados.

Queda entendido que todos los errores u omisiones detectadas antes o durante la vigencia del presente contrato de seguros, referentes a nombres, letras, direcciones, fechas de siniestro, fechas de otorgamiento de los préstamos/créditos u otros datos de identificación, serán rectificadas en la vigencia de esta póliza.

CLÁUSULA DE AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS DEUDORES ASEGURADOS

Sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula de errores u omisiones, la empresa de seguros acepta cubrir en forma automática bajo el presente seguro, a todo deudor nuevo, y a todo deudor no reportado hasta por un periodo máximo de cuarenta y cinco días (45) días contados a partir del otorgamiento del préstamo; en caso de siniestro amparado de acuerdo a las condiciones generales, especiales y particulares del presente seguro, se cubrirá a la persona no reportada previa verificación del inicio de su otorgamiento del préstamo.

CLÁUSULA DE ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro, se presentan modificaciones contractuales o legales a las condiciones generales, especiales o particulares de la póliza de seguro, que representen un beneficio a favor del asegurado/beneficiario, las modificaciones se consideraran automáticamente incorporadas a la póliza de seguro.

Así mismo, se entenderán incorporadas al presente contrato de seguros, todas aquellas normas legales que, al momento del inicio de la presente póliza, se encuentren vigentes y benefician al solicitante/asegurado/beneficiario.

ORIGINAL

CLÁUSULA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Las partes acuerdan que toda controversia, divergencia, reclamo, ejecución o resolución del presente contrato, o que de cualquier forma se relacione con él, directa o indirectamente, será sometida a cualquiera de las siguientes opciones, a elección del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), sin orden de prelación:

- a) Solución o negociación directa;
- b) Mediación o Arbitraje;
- c) Reclamo administrativo;
- d) Jurisdicción ordinario o contenciosa;
- e) Otras acciones contempladas en la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA DE ENVÍO DE INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) enviará mensualmente en medio magnético a la compañía de seguros hasta los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente, la información detallada correspondiente al valor asegurado (saldo capital) de cada uno de los deudores a asegurar, para que se emita la factura correspondiente, la que deberá ser emitida dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles.

La información requerida por la compañía de seguros para cada facturación será:

- 1 Apellidos y nombres del deudor/asegurado
- 2 Identificación del número de cédula o pasaporte del deudor/asegurado
- 3 Edad del deudor/asegurado
- 4 Nombre del préstamo (préstamo quirografario o hipotecario)
- 5 Saldo de capital del préstamo
- 6 Estado civil del deudor/asegurado

CLÁUSULA DE MODIFICACIONES OPERATIVAS.

Durante la vigencia del contrato de seguro, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) podrá solicitar anexos modificatorios y/o aclaratorios a la póliza de seguro contratada en atención a sus necesidades operativas y la aseguradora estará en la obligación de emitirlos a su simple requerimiento, siempre y cuando estos cambios no afecten sustancialmente a las condiciones de coberturas o determinación de sumas aseguradas.

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Las partes suscribirán de manera adicional a la presente póliza de seguro, uno o más convenios a través de los cuales se estipulen los acuerdos legales y contractuales sobre el manejo de la información confidencial proporcionada por cada una de ellas, así como sobre la protección de datos personales correspondiente.

CLÁUSULA DE ADHESIÓN A POLÍTICA ANTISOBORNO Y NORMATIVA CONTRA EL LAVADO DE ACTIVOS

- I. La ASEGURADORA conoce y se compromete al estricto cumplimiento de la política institucional anti soborno del ISSFA. En caso de cualquier incumplimiento por parte de sus representantes o colaboradores el ISSFA podrá terminar la relación comercial que mantiene con la ASEGURADORA, sin perjuicio del inicio de las acciones de orden administrativo y judicial a las que hubiere lugar.
- II. La ASEGURADORA declara que sus servicios tienen un origen lícito y legítimo, y no provienen de actividades ilícitas, como el tráfico de sustancias estupefacientes, lavado de dinero u otras acciones ilegales.

ORIGINAL

En caso de que el ISSFA verifique o llegue a conocer sobre el incumplimiento de la declaración que antecede, declarará el incumplimiento del contrato y la terminación unilateral del mismo, sin perjuicio de las acciones administrativas y judiciales a las que hubiere lugar. Así también el ISSFA podrá informar a los entes de control y organismos competentes a los que hubiere lugar, sin que haya lugar a reclamo o acción alguna en contra del ISSFA.

La ASEGURADORA autoriza expresamente al ISSFA, de forma incondicional e irrevocable, a obtener referencias personales de cualquier fuente, incluida la Central de Riesgos o Burós de Información Crediticia. También facultan al ISSFA para utilizar, transferir o entregar esta información a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y demás entidades legalmente autorizadas"

CLÁUSULA DE SUJECCIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO A LAS BASES Y SUS MEJORAS

Las condiciones del contrato de seguro se sujetarán a las bases del concurso, por lo tanto, no se aceptarán coberturas que contengan planteamientos o condicionamientos de fondo que modifiquen los requisitos mínimos exigidos por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) en cuanto a coberturas, objeto del seguro, omisiones, o que se encuentren incompletas. Todas las reglas y condiciones establecidas en estas bases se entenderán incorporadas para la contratación del seguro, aun cuando en su texto no consten expresamente, más aún en beneficio del solicitante/asegurado/beneficiario

Sin embargo, no se rechazarán y se aceptarán aquellas condiciones que reemplacen y vayan en mejora de las existentes o que signifiquen mejores beneficios para el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y/o sus deudores/asegurados.

CLÁUSULA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

La empresa de seguros asume responsabilidad ante el asegurado/beneficiario por los servicios complementarios que llegare prestar durante la ejecución del contrato de seguros.

CLÁUSULA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El presente contrato de seguros, podrá ser terminado por los siguientes casos:

1. Por parte de la empresa de seguros

a) Solamente y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 717 del Código de Comercio.

2. Por parte del solicitante/asegurado/beneficiario:

a) Solamente por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), de manera unilateral y en cualquier momento sin motivación alguna.

CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR, JEFES Y REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), deben designar un administrador para gestionar permanentemente la adecuada ejecución del presente contrato de seguros.

Así mismo, la empresa de seguros asignará para el manejo permanente y la adecuada ejecución del presente contrato de seguros, un jefe/coordinador comercial, un ejecutivo de cuenta/comercial, y un ejecutivo de siniestros.

La empresa de seguros debe remitir toda la información que el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) requiera para la debida ejecución del presente contrato de seguros, esta información será entregada en un máximo de cuarenta y ocho (48) horas.

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) debe remitir a la empresa de seguros, toda la información requerida y referente al listado mensual de los deudores/asegurados en el formato elaborado y utilizado para la facturación mensual de la prima.

CLÁUSULA DE FORMA DE FACTURACIÓN

La facturación del valor de la prima será mensual.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

El solicitante/asegurado declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a la empresa de seguros, ampara intereses asegurables de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de Narcotráfico, Lavado de Activos o Financiamiento del Terrorismo. Igualmente, declara que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente conforme lo declarado por el obligado al pago de la prima (afiliado/deudor)..

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, se autoriza expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a la empresa de seguros a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos e intereses asegurables comprendidos en el contrato de seguro; así como se autoriza expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a la empresa de seguros toda la información que ésta les requiera, inclusive se autoriza anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

<https://fms.aseguradoradelsur.com/asegsur/v1/fms/uploads/2ab08950-f972-4ce2-90e2-06366987deae.pdf>

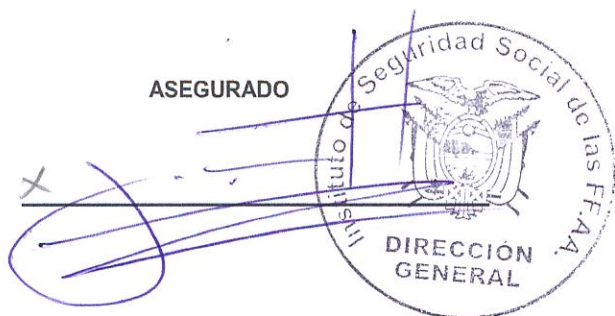
Direcciones:

Matriz Quito: Av. De Los Naranjos y De Las Azucenas (02) 2997-500 / Fax: (02)2467-983. Sucursal Ambato: Av. Rodrigo Pachano 13-109 y Juan Montalvo. Sector Ficoa (03)2828- 211 / (03)2828-213 / (03) 2829-299. Sucursal Francisco de Orellana (Coca): Calle Quito entre Guayaquil y Jorge Rodríguez (06)2883-276 / (06)2881- 511. Sucursal Cuenca: Federico Proaño 365 y Honorato de Loyola, a dos cuadras de Pizza Hut. (07)2819-721 / (07)2819-964. Sucursal Ibarra: Victoria Castello Chiriboga 657 y Galo Plaza Lasso, atrás del C.C. La Plaza (06) 2630-920 / (06)2630-868. Sucursal Loja: Av. Av. Orillas del Zamora y Segundo Puertas Moreno (07)2560-991 / (07)2587-677. Sucursal Machala: Av. 25 de Junio Km 2 1/2, vía a Pasaje. Urbanización Ciudad del Sol Mz. L1 (07)279-7087 / (07)279-7089 / 099 844 5197. Sucursal Manta: Calle M1 entre las calles 23 y 24, diagonal al Hotel Oro Verde Manta, edificio 'Manta Business Center', planta baja. (05)2625 -751 / (05)2626-503 / (05)2626-052. Sucursal Portoviejo: A Manabí y Granda Centeno, frente a la pista del aeropuerto (05)2563-494 / (05)2563-338 / / (05)2563-508. Sucursal Riobamba Uruguay 21-50 y Av. Daniel León Borja (03)2942-830 / (03)2941-063. Sucursal Santo Domingo: Av. Los Naranjos S/N y A Quito, 3er piso (frente al SRI). (02)2751-377 / (02)2762-006. Sucursal Guayaquil: Urdesa, Circunvalación Sur #304 y Todos lo Santos. (04)501-3050.

Línea de atención al cliente: teléfono: (02) 2997500 / (09)9555-3333.

Página web de la compañía: www.aseguradoradelsur.com

Dirección de correo electrónico de contacto: contacto@asur.ec

**LA ASEGURADORA****ORIGINAL**

