

CERTIFICADO - SEGURO DE VIDA COLECTIVO

PÓLIZA No:

CERTIFICADO No:

OFICINA O AGENCIA:

VIGENCIA DEL SEGURO:

DESDE:

HASTA:

FORMA DE PAGO:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos:		
Cédula de identidad: <input type="checkbox"/>	Pasaporte:	Número de documento:
Fecha de nacimiento:		
Celular:	Teléfono Particular:	Correo Electrónico:
Dirección de domicilio:		
Dirección trabajo:		
Ciudad:	Provincia: PICHINCHA	Canton:
País Origen:	Nacionalidad:	Estado Civil:
Actividad Económica:	Ocupación:	
Ingresos (Mensuales):	Patrimonio:	

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	Diferencia entre valor ahorrado y la meta del ahorro
Incapacidad total y permanente	Diferencia entre valor ahorrado y la meta del ahorro

CONDICIONES DEL SEGURO

1. OBJETO DEL SEGURO:

Proteger los diferentes riesgos a los que está expuesto el asegurado.

2. COBERTURAS:

» MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

BENEFICIO: Por la muerte del Asegurado, originada por cualquier causa, la Compañía pagará a los beneficiarios la suma contratada en condiciones particulares.

EXCLUSIONES: El suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, el cual se cubrirá transcurrido el primer (1er) año de vigencia del contrato.

» INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

BENEFICIO: Por la incapacidad total y permanente por cualquier causa no excluida, sufrida por el Asegurado durante la vigencia de este seguro, la Compañía pagará al Asegurado la

suma asegurada contratada.

Para efectos de este seguro se entiende que se presenta incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado menor de setenta (70) años de edad sufra alteraciones funcionales, comprobables desde el punto de vista médico, que de por vida le impidan desempeñar cualquier actividad, ocupación o trabajo remunerativo o lucrativo para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días y no haya sido provocada por el Asegurado.

El presente amparo no es acumulable con la cobertura básica, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del Asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES: Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

TASA NETA MENSUAL

Titular: 0.48 por mil mensual

3. LIMITES DE EDAD

- Edad mínima de ingreso: Desde 18 años cumplidos
- Edad máxima de ingreso: Hasta 69 años cumplidos
- Edad máxima de permanencia: Hasta 70 años cumplidos

4. PAGO DE PRIMAS:

El Solicitante/Asegurado está obligado al pago de la prima, para el efecto, la Compañía otorgará un plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de perfeccionamiento del contrato. Las primas deberán pagarse en la oficina principal de la Compañía, a través de los medios electrónicos habilitados por ésta, o en los lugares que ésta designe. El Solicitante/Asegurado puede optar por el pago total o fraccionado, conforme las frecuencias de pago acordadas con la Compañía.

En caso de que el intermediario de seguros reciba el pago de la prima, debe entregarla a la Compañía dentro del plazo máximo de dos días.

La prima inserta en las condiciones particulares de esta póliza regirá durante el primer (1er) año de vigencia del seguro. Dicha prima será ajustada en cada aniversario de esta póliza por la Compañía, de acuerdo a la edad real del Asegurado y a las tarifas y costos vigentes. En cualquier momento en que se produzca una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de Asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Solicitante o la Compañía podrán exigir un nuevo cálculo de prima, la que regirá hasta el próximo aniversario de esta póliza.

Las tasas y/o contribuciones que graven esta póliza, correrán por cuenta del solicitante/asegurado, beneficiarios o herederos, según el caso, salvo que la ley disponga que corran por cuenta de la Compañía.

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30) días para regularizar el pago de las primas, sin recargo de intereses, contado desde la fecha en que debió realizar el último pago de cada una. Durante el plazo de gracia, esta Póliza continuará en pleno vigor y si dentro de él se produjere el fallecimiento del Asegurado, se deducirá del beneficio a pagar por tal causa, la prima o fracción de prima vencida, así como también el valor de las primas periódicas aún no vencidas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

Si el Solicitante/Asegurado decide dar por terminado unilateralmente el contrato de seguro

durante la vigencia del mismo, las primas proporcionales al tiempo en que esta Póliza estuvo en vigor deberán ser pagadas a la Compañía.

Si las cuotas de primas, posteriores a la primera, no fueren pagadas antes de vencerse el período de treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago, fenecido dicho plazo, la Compañía suspenderá la cobertura. La Compañía hará conocer al asegurado o beneficiario sobre este hecho por cualquier medio. En el caso de que el Asegurado estuviere en mora por más de sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, se le notificará la terminación automática del mismo, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación.

5. VIGENCIA:

Esta póliza entrará en vigencia inmediatamente desde que se perfecciona el contrato de seguro, es decir, desde su aceptación por cualquier medio reconocido en la legislación, y culminará en la fecha y hora estipulada en la misma.

En caso de no señalarse la hora, se reputará que inicia y/o termina a las 00h00.

6. AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO:

El Contratante, Asegurado o Beneficiarios según el caso, para la cobertura de muerte por cualquier causa, deberán dar aviso por escrito a la Compañía, dentro de los tres (3) años a la fecha en que haya ocurrido el siniestro.

Corresponde al (o los) beneficiario (s) instituido (s):

Denunciar la muerte, cubiertos por esta póliza dentro de los tres (3) años de la fecha en que haya ocurrido.

Suministrar pruebas sobre la fecha y las causas del reclamo, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo el hecho;

Presentar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad, confirmado mediante evidencias médicas, exámenes de laboratorio clínico, químico o patológico efectuados por un profesional médico o médico legista (para muerte accidental), autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

La Compañía en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

Para las coberturas que no involucre la muerte del asegurado, el plazo de aviso debe estar dentro de los (tiempo establecido en condiciones particulares de cada póliza) días de la fecha en que haya ocurrido el siniestro.

7. DOCUMENTACIÓN MÍNIMA EN CASO DE SINIESTRO:

El Asegurado y/o los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago, en la oficina de la Compañía, de la suma asegurada, para el efecto, deberán probar la ocurrencia y la cuantía de la reclamación, presentando para el efecto los documentos mínimos:

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas.

La Compañía podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente amparo.

Los documentos a presentar serán los siguientes:

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Formulario de aviso de siniestro y/o notificación de aviso de siniestro por cualquier medio.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)) / Para cúmulos de meta de ahorro superiores a US\$30.000 – Historia clínica.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Copia de las cédulas de ciudadanía y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios.
- Certificación notariada de cobro en caso de ser beneficiarios menores de edad.
- Posesión efectiva de herederos legales en caso de no constar los beneficiarios.
- Certificado del ahorro a la fecha del siniestro emitido por la Entidad Beneficiaria.
- Certificado de defunción original.
- Informe del levantamiento del cadáver.
- Informe médico legal (autopsia).

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Formulario de aviso de siniestro y/o notificación de aviso de siniestro por cualquier medio.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)) – Historia clínica.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Certificado de incapacidad Otorgado por el Ministerio de Salud Pública.
- Certificado del ahorro a la fecha del siniestro emitido por la Entidad Beneficiaria.
- Parte policial incluyendo examen de alcoholemia.

8. PLAZO DE PAGO DE SINIESTRO:

Los reclamos por siniestros serán cancelados por Seguros del Pichincha, en un plazo máximo de cinco (5) días laborables hasta un monto máximo de \$ 25.000 y diez (10) días laborables para montos superiores a \$ 25.000, contados a partir de la presentación de la documentación completa siempre y cuando el reclamo proceda con su pago. Se indemnizará la diferencia entre valor ahorrado y la meta del ahorro a la fecha de siniestro según los valores reportados en las bases.

9. TERMINACIÓN

El contrato de seguro terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por cumplirse el plazo de la vigencia de la póliza de seguro, sin que el contratante hubiere expresado su deseo de renovarlo, por cualquiera de los medios reconocidos por la legislación ecuatoriana, y con antelación a la expiración del seguro.
- b) Automáticamente, por cumplir el asegurado el límite de edad para tener derecho a la cobertura, según las condiciones de la póliza.
- c) Por voluntad del solicitante/asegurado, que exprese su decisión de dar por terminado el contrato de seguro.
- d) Por la muerte del asegurado.
- e) En caso que el Asegurado estuviere en mora por más de sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, previa notificación de terminación por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación.
- f) Cuando el Asegurado sea excluido del Grupo Asegurado por solicitud expresa y suscrita por el Solicitante; y,
- g) Por solicitud del solicitante o contratante debidamente respaldada por el grupo de asegurados.

En cualquier caso, de vencimiento o caducidad de esta Póliza, terminarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

10. DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

El Solicitante/Asegurado está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía y de conformidad con la ley.

El cumplimiento de esta obligación se limita a revelar hechos o circunstancias que, siendo efectivamente conocidos por el Asegurado, hubiesen podido influenciar en la decisión de la Compañía sobre aceptar o no la celebración del contrato, o de hacerlo con estipulaciones más gravosas o distintas. La reticencia o falsedad acerca de la declaración del Asegurado, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, excepto en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, en cuyo caso se aplicará la tarifa correspondiente de manera retroactiva a partir del inicio de la cobertura, siempre y cuando ésta no supere los límites de edad de ingreso previstos en las condiciones de esta Póliza.

Salvo que se pruebe el dolo o mala fe del Asegurado en la declaración sobre el estado del riesgo, si la Compañía no solicita información adicional a la contenida en la declaración sobre el estado del riesgo proporcionada por el Asegurado, no puede alegar errores, reticencias, inexactitudes o circunstancias no señaladas en la solicitud. Sin perjuicio de las acciones penales contempladas en el Código Orgánico Integral Penal, si es que el hecho constituye delito.

Conocida la existencia de vicios en la declaración del Asegurado en materia del riesgo o el encubrimiento de circunstancias que le agraven, la Compañía tiene derecho a iniciar las acciones pertinentes bien para dar por terminado el contrato de seguro o, bien para pedir su declaratoria de nulidad. Tal nulidad se entiende saneada por conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Si el contrato se termina o rescinde por los vicios referidos, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, notificando en ambos casos al Asegurado.

El error sobre la edad del asegurado no anula el seguro, a menos que la verdadera edad del asegurado a la fecha de emitirse la póliza, estuviese fuera de los límites previstos por las tarifas de la compañía.

11. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

- A) SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA: Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica o centro de salud o a cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultado por mí, para que suministre a Seguros del Pichincha, toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.
- B) Acepto cancelar el valor de la prima correspondiente al presente seguro, de acuerdo a la periodicidad establecida en este certificado al momento de la contratación del seguro y/o sus posteriores reajustes.
- C) SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, se reserva todos los derechos que puedan asistirle antes o después de un siniestro, en caso de que se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptar el seguro de conformidad a la normativa vigente
- D) Declaro en mi calidad de Asegurado, que lo anotado en este certificado es verídico, que mi estado de salud es normal: que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, VIH, sida, Covid-19, enfermedades crónicas o graves u otras por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico; y, adicionalmente, en caso de ser mujer, que no he padecido tumores del seno o matriz. En caso de padecer alguna de las enfermedades anteriormente descritas u otra diferente, favor indicar cual enfermedad y la fecha de su diagnóstico.

Enfermedad:

Fecha de Diagnóstico:

Enfermedad:

Fecha de Diagnóstico:

Enfermedad:

Fecha de Diagnóstico:

Detallar cualquier enfermedad y fecha de diagnóstico adicionales a las descritas en los párrafos anteriores:

Nota: En el literal "D" en caso de no padecer ninguna enfermedad colocar la palabra "Ninguna".

- E. Todo asegurado por la póliza de seguro de vida grupo deberá enviar a Seguros del Pichincha este certificado de seguro firmado. en todo caso el solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo so pena de nulidad relativa de acuerdo a la normativa vigente. En caso de que Seguros del Pichincha otorgue el seguro, de acuerdo con la información suministrada, la cobertura amparará a la persona que firma esta declaración.
- F. Autorizo a Seguros del Pichincha a utilizar, tratar y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio. Así mismo, autorizo contactarme por cualquier medio con fines publicitarios y comerciales de nuevos productos de la aseguradora; y, autorizo que utilicen y traten mi información personal proporcionada con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del consumidor. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relacional contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.
- G. Declaro que la información contenida en este certificado es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada; además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar de manera inmediata mis datos personales; como cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado durante la vigencia de la relación con la compañía. así como entregar cualquier información que me sea solicitada.
- H. Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, financiamiento del terrorismo, financiamiento de otros delitos, ni es producto de ningún delito. Conocedor de las penas de perjurio declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros toda información que ésta requiera respecto de mi persona, y autorizo que informe a los organismos competentes en caso de ser necesario. En ningún caso estas autorizaciones generarán reclamo o pretensión judicial de mi parte.

- I. Reconozco que los mensajes de datos tienen igual valor jurídico que los documentos escritos y su eficacia y valoración se somete a la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de Datos.
- J. DECLARO HABER RECIBIDO LAS EXPLICACIONES CORRESPONDIENTES SOBRE ESTE SEGURO, ASÍ MISMO DECLARO HABER RECIBIDO LAS DE CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA ESTE SEGURO.

NOTA: LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PUEDEN SER DESCARGADAS A TRAVÉS DEL SIGUIENTE ENLACE: <https://www.segurosdelpichincha.com/vida-colectivo.pdf>

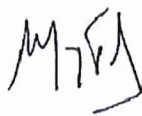
El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

DECLARACIÓN BENEFICIARIOS POR MUERTE (A título gratuito)

Nombre del Beneficiario	Parentesco / Relación	Porcentaje 100(%)	Teléfono	Correo electrónico	Edad

Quando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, tienen derecho al seguro los herederos del Asegurado.

Lugar y fecha: QUITO 17/8/2023



Seguros del Pichincha S.A.

Asegurado

MEDIOS DE CONTACTOS:

ASEGURADORA:	SEGUROS DEL PICHINCHA
DIRECCIÓN:	Quito: Av. Coruña N26-231 y Orellana
TELÉFONO:	1800 - 400 - 400
CORREO ELECTRÓNICO:	todoservicio@seg-pichincha.com
PÁGINA WEB:	www.segurosdelpichincha.com

