

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:		Pasaporte:	Número de documento:	
Fecha de nacimiento:			Correo Electrónico:	
Celular:			Teléfono Particular:	
Dirección de domicilio:				
Ciudad:				
Provincia:				

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: por mil mensual

3. PAGO DE PRIMAS:

La prima deberá pagarse por el Contratante, al momento de la suscripción del contrato, en el domicilio de la Compañía o a un representante autorizado de ésta.

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.

En caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de primas subsiguientes a la primera, la Compañía concede, sin recargo de intereses, un período de gracia de treinta (30) días calendario. Durante dicho plazo el seguro se considerará en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Contratante, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de primas, posteriores a la primera, no fueren pagadas antes de vencerse el período de gracia, se producirá la caducidad del contrato. Pero el Asegurado adeudará a la Compañía la prima correspondiente, al período de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la parte de prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima no pagada hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Queda entendido y convenido que, en caso de ocurrir un siniestro, el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario está(n) obligado(s) a pagar la totalidad de la prima y los gastos del Asegurado siniestrado, como condición previa para que la Compañía reconozca el reclamo.

4. VIGENCIA:

La vigencia de la presente Póliza está claramente descrita en las condiciones particulares de la Póliza, con indicación del día, hora de inicio y terminación, y entrará en vigor, previo el pago de la prima convenida, de acuerdo a los términos establecidos, en las condiciones particulares de la Póliza.

5. AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO:

El Contratante, Asegurado o Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de toda lesión, pérdida o muerte sobre la cual pueda establecerse una reclamación, dentro de los 2 años a la fecha en que haya ocurrido el siniestro.

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

- a) Denunciar la muerte, cubiertos por esta póliza dentro de los dos (2) años de la fecha en que haya ocurrido.
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y las causas del reclamo, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo el hecho;
- c) 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 quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido el siniestro.

6. DOCUMENTACIÓN MÍNIMA EN CASO DE SINIESTRO:

Dentro del término legal, la Compañía pagará por conducto del Contratante al Asegurado o a los beneficiarios, o directamente a estos, la indemnización a que está obligada por esta póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, al acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía del mismo; para el efecto podrá utilizar todos los medios probatorios admitidos en la Ley ecuatoriana, y en especial la documentación mínima relacionada en el cuadro de documentos mínimos requeridos en caso de siniestro.

Para que la Compañía pague la indemnización correspondiente a los diferentes amparos, el Asegurado y/o los beneficiarios deberán presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho amparado, de acuerdo con los términos de esta póliza.

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:

- Carta de aviso de siniestro.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)), para clientes que tengan un plan meta ahorro superior a USD 30.000.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Copias 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.
- Informe del levantamiento del cadáver.
- Informe médico legal (autopsia).
- Certificado de incapacidad / Invalidez (Total o Temporal).
- Certificado del ahorro a la fecha del siniestro emitido por la Entidad Beneficiaria.
- Parte policial incluyendo examen de alcoholemia.

7. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

La Compañía pagará el seguro contratado a que está obligada por la presente Póliza y sus Anexos, si los hubiere, dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la reclamación por parte del BENEFICIARIO, acompañando los documentos determinados en esta póliza.

La Compañía podrá objetar por escrito y motivadamente, dentro del plazo antes mencionado el pago total o parcial del siniestro, no obstante, si el BENEFICIARIO se allana a las objeciones, la Compañía, pagará inmediatamente la indemnización acordada.

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL:

El seguro de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Por cancelación por parte del Asegurado;
- b) Por vencimiento de la vigencia de esta póliza o por caducidad del efecto vinculante;
- c) Por cumplir el Asegurado la edad señalada en la tabla de edades máximas;
- d) Por falta de pago de la prima o su contribución.

La cancelación a que se refiere el punto a) deberá ser comunicada por escrito a la Compañía por intermedio del Contratante o por el propio Asegurado con cinco (5) días hábiles de antelación a la fecha en que se deba hacer el pago de prima correspondiente y tendrá efecto a partir de esa fecha de pago. En caso de que el aviso de cancelación no se reciba en el período establecido, la cancelación se hará efectiva a partir de la siguiente fecha de pago.

En los casos previstos en los puntos b) y c) el seguro quedará rescindido a las veinticuatro (24) horas en que se haya producido la renuncia, o rescisión o caducidad, o el Asegurado haya cumplido la edad señalada en la tabla de edades máximas.

Se presumirá que un Asegurado ha cancelado el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando no pague la prima de este seguro o su contribución en la forma y plazo previsto en estas condiciones generales.

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.

9. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES:

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de las leyes del Ecuador y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las condiciones generales con las especiales, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Esta Póliza ha sido emitida por la Compañía, sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante y por los Asegurados. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hechos de buena fe, que a juicio de la Compañía hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese conocido el verdadero estado del riesgo, vicia de nulidad relativa el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.

Si la declaración no se hace con sujeción a un 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 encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después si las acepta expresamente.

Aunque la Compañía prescinda del examen médico, el Asegurado no queda exento de las obligaciones a declarar objetivamente el estado de salud, ni de las sanciones a que su infracción da lugar; pero la Compañía no puede alegar nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

- A) AUTORIZACIÓN PARA 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 del presente seguro.
- 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 (artículo 14 Decreto Supremo 1147 Reformatorio del

Título XVII libro II del Código de Comercio en concordancia con el artículo 81 de dicho decreto).

- D) Declaro en mi calidad de Asegurado, que lo anotado en esta solicitud-certificado es verídico, que mi estado de salud es normal: que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, VHI, 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 del diagnóstico:

- E) En el evento en que SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS otorgue el seguro, de acuerdo con la información suministrada en este tipo de seguro, la cobertura amparará a la persona que firma esta declaración.
- F) 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.
- G) DECLARO HABER RECIBIDO LAS EXPLICACIONES CORRESPONDIENTES SOBRE ESTE SEGURO Y ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA EL MISMO.

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

Lugar y fecha



Seguros del Pichincha S.A.

Asegurado

RESPONSABLE SEGUROS DEL PICHINCHA S.A.:

DIRECCIÓN: Quito: Av. Coruña N26-231 y Orellana
TELÉFONO: 1800 - 400 - 400
CORREO ELECTRÓNICO: todoservicio@seg-pichincha.com

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente clausula el registro número 50427 de 27 de agosto de 2018.