



Nro. CONTRATO:

CONTRATO DE APERTURA DE CUENTA DE AHORROS

En la ciudad de QUITO comparecen por una parte la Cooperativa de Ahorro y Crédito Andalucía Limitada representada por el /la funcionario/a debidamente autorizado por la Gerencia General, quien suscribe este contrato; a quien y para efectos del presente instrumento se le denominará como LA COOPERATIVA, y por otra parte, el/la señor / a , a quien por efecto del presente contrato se le denominará SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, quienes de manera libre y voluntaria proceden a suscribir el presente CONTRATO DE APERTURA DE AHORROS (ADHESIÓN), contenido en las siguientes cláusulas.

PRIMERA: ANTECEDENTES. - La Cooperativa Andalucía Ltda., es una Cooperativa de Ahorro y Crédito dedicada a la intermediación financiera por lo que el socio, ha solicitado la apertura de una Cuenta de Ahorros, para lo cual ha consignado la información requerida en el formulario de adhesión, en el que constan datos personales, referencias, situación económica, entre otros datos, que el SOCIO CUENTA AHORRISTA declara que son veraces y por este instrumento se responsabiliza por el total contenido del mismo, documento que se considera parte integrante de este contrato. Una vez analizada la información, LA COOPERATIVA acepta la solicitud presentada por el SOCIO CUENTA AHORRISTA.

SEGUNDA: OBJETO DEL CONTRATO. - El presente contrato tiene por objeto establecer las condiciones para la apertura y manejo de una Cuenta de Ahorros del socio CUENTA AHORRISTA o CLIENTE en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Andalucía Ltda.

TERCERA: MANEJO DE CUENTA. - La COOPERATIVA aceptará depósitos en la Cuenta de Ahorros, en sus Agencias u Oficinas, en efectivo en dólares de los Estados Unidos de América, en cheques a cargo de Bancos establecidos en el Ecuador, giros bancarios, transferencias bancarias, etc., de conformidad a lo establecido en el Manual de Ahorros vigente. La COOPERATIVA entregará al CUENTA AHORRISTA o CLIENTE una cartola (libreta) sellada y autorizada por los funcionarios de la misma, nominativa e intransferible en la que se registrará el movimiento de la Cuenta de Ahorros. Esta libreta estará numerada y expresará el tipo de interés a devengar a la fecha de apertura.

EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE firmará un recibido de su Libreta de Ahorros al momento de que se le entregue por parte de la Cooperativa, y la libreta será el comprobante de transacciones válido por efectos de cualquier aclaración o certificación de sus saldos en la institución.

LA COOPERATIVA queda plenamente autorizada para sustituir dicho instrumento por otro u otros destinados a cumplir similares o idénticos propósitos.

La Libreta de Ahorros constituye un Estado de Cuenta actualizado, toda vez que la misma refleja la totalidad de las operaciones realizadas por el SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, tanto activas como pasivas, LA COOPERATIVA cuando lo juzgue conveniente podrá emitir el Estado de Cuenta en sustitución a la libreta.

LA COOPERATIVA en todo caso se reserva el derecho, en el momento de actualizar la Libreta de Ahorros, de hacer un solo asiento que contenga todos los retiros o débitos efectuados al momento de la actualización. LA COOPERATIVA reconocerá intereses sobre los saldos que el CUENTA AHORRISTA mantenga en su cuenta, interés que será fijado de conformidad a las tasas establecidas por el Banco Central del Ecuador, y que la entidad informará a sus socios a través de carteleras colocadas en lugares visibles de sus Agencias u Oficinas.

EL SOCIO CUENTA AHORRISTA deberá presentar a la COOPERATIVA su libreta cada vez que desee efectuar una operación de depósito o retiro, de igual manera para registrar los intereses capitalizados. Es obligación del SOCIO CUENTA AHORRISTA la custodia de la libreta. En caso de robo, hurto o extravío de la Libreta de Ahorros, el titular deberá informar a la COOPERATIVA por escrito, a más tardar una hora después de tener conocimiento de haber ocurrido el evento.

EL SOCIO CUENTA AHORRISTA deberá utilizar únicamente los formularios que LA COOPERATIVA le proporcione para efectuar depósitos o retiros de su Cuenta de Ahorros o cualquier otro medio que LA COOPERATIVA acepte. Los depósitos o retiros en la Cuenta de Ahorros podrán efectuarse en cualquier oficina de LA COOPERATIVA u otros sitios destinados a tal efecto legalmente autorizados, en horas laborables y en días hábiles. Fuera del horario establecido podrán efectuarse depósitos o retiros a través de los cajeros diferidos, manejándose para ellos con fecha posterior laborable.

Los avisos que haga LA COOPERATIVA con relación a los depósitos de ahorro publicados en carteleras colocadas en lugares visibles de sus Agencias u Oficinas se tendrán como avisos personales para EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE.

LA COOPERATIVA se reserva el derecho de cerrar la Cuenta de Ahorros cuando exista un motivo suficiente, notificando al SOCIO CUENTA AHORRISTA, quedando el saldo a disposición de este último. El cierre de la cuenta también procederá cuando EL SOCIO no cumpla con los requerimientos administrativos necesarios para que LA COOPERATIVA logre el pleno "conocimiento del socio" o cuando realice transacciones que de conformidad a los manuales puedan ser consideradas inusuales e injustificadas o cuando se compruebe la vinculación con alguno de los delitos tipificados en la Ley de prevención, detección y erradicación del delito de lavado de activos y del financiamiento de delitos.

CUARTA: AUTORIZACIONES. - EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE podrá bajo su total responsabilidad, autorizar a terceras personas a efectuar movimientos en su cuenta, para tal efecto se sujetará a las disposiciones establecidas por LA COOPERATIVA, para el otorgamiento de autorizaciones de retiro. EL SOCIO también deberá solicitar a LA COOPERATIVA, el registro de nuevas firmas, una vez autorizada dicha solicitud, podrá manejar la cuenta, juntamente con la(s) persona(s) autorizada(s) para este efecto.

Cualquier observación que EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE desee hacer sobre los saldos o registros indicados en la Libreta de Ahorros o en su Estado de Cuenta, si fuere el caso, deberá informar a LA COOPERATIVA por escrito, en forma detallada dentro de los treinta días (30) siguientes a los registros de la Libreta de Ahorros o Estado de Cuenta. Si transcurrido el plazo establecido LA COOPERATIVA no ha recibido observaciones por parte del SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, el saldo y los registros en la Libreta de Ahorros o el Estado de Cuenta se tendrán por reconocidos y aceptados en la forma presentada.

El importe de los depósitos efectuados mediante cheques no estará disponible para EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, hasta tanto tales cheques se hayan hecho efectivos. En el supuesto de que los cheques depositados en la cuenta no sean pagados por los bancos girados, LA COOPERATIVA no está obligada a levantar protestos, realizar gestiones de cobranza o dar aviso sobre cheques devueltos. El titular de la cuenta se obliga a notificar a LA COOPERATIVA cualquier cambio de domicilio.

QUINTA: DURACIÓN DEL CONTRATO. - El servicio que presta en virtud del presente contrato tendrá vigencia indefinida, pero cualquiera de las partes podrá darlo por terminado mediante comunicación escrita dirigida a la otra parte con una antelación de cinco (5) días hábiles; igualmente se entenderá terminado el servicio que deriva del presente instrumento, cuando por cualquier causa sea cancelada o saldada la cuenta del SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE; o por las estipulaciones constantes en el Estatuto Social, que constan como causales para perder la calidad de socio y también en los documentos contractuales que obliguen a ello.

LA COOPERATIVA puede cancelar o limitar los términos del presente contrato en cualquier momento, mediante aviso dado al SOCIO CUENTA AHORRISTA en tal sentido, por cualquier medio. Si dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a aquel que ha sido anunciada la modificación, EL SOCIO CUENTA AHORRISTA no manifestara por escrito su decisión de excluirse de este servicio, o no hace uso de este servicio, se entenderá que acepta incondicionalmente las modificaciones introducidas. La suspensión, cancelación o limitación del servicio por parte de LA COOPERATIVA no dará lugar a reclamación alguna de responsabilidad o perjuicios a favor del SOCIO CUENTA AHORRISTA. El incumplimiento por parte del SOCIO CUENTA AHORRISTA de cualquiera de las obligaciones aquí asumidas o señaladas en los reglamentos a que se refiera la cláusula primera dará lugar a la terminación del servicio, quedando LA COOPERATIVA facultada para modificar el sistema y de esta manera interrumpir la prestación del servicio de manera unilateral. En el caso del fallecimiento del titular de una Cuenta de Ahorros, esta podrá ser cancelada por su heredero de conformidad a lo establecido en el código civil y mediante presentación previa de la respectiva posesión efectiva, realizada ante el notario público en la forma prescrita en el reglamento o manual de fondo mortuario y en el manual de ahorros vigentes de la institución.

SEXTA: AUTORIZACIONES PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO Y PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN DE CONTACTO DE SOCIO. - EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE autoriza expresamente y de manera irrevocable a LA COOPERATIVA, para que, con fines estadísticos, de control o de información reporte, solicite, procese y divulgue a la Central de Riesgos, Buró de Crédito y a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a su comportamiento como cliente de la entidad. Lo anterior implica que, el cumplimiento de las obligaciones DEL CUENTA AHORRISTA se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos, referentes a su actual y pasado comportamiento frente al sector financiero, en general frente al cumplimiento de sus obligaciones y en especial a lo relacionado con el incumplimiento en el pago de cualquier suma de dinero que llegare a adeudarle a LA COOPERATIVA, con ocasión de cualquier operación realizada en la Cuenta de Ahorros, o cualquier suma de dinero que se dispusiera y que por error fue abonada a la Cuenta de Ahorros.

Así mismo, el SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE autoriza a LA COOPERATIVA para que obtenga de cualquier fuente, las informaciones y referencias relativas a su persona, a su comportamiento y relaciones comerciales con cualquier entidad del sistema financiero, comercial o industrial, habito de pago, manejo de su(s) cuenta(s), tarjeta(s) de crédito y en general del cumplimiento de su(s) obligación(es) frente a terceros.

Finalmente, el SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE autoriza de manera expresa a la COOPERATIVA, para que esta pueda entregar a favor de terceros por ella seleccionados a su sola discreción, la información de contacto personal del SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, es decir sus nombres, teléfonos, correos electrónicos, dirección, etc., mismos que constan declarados en el formulario de adhesión, para la promoción de bienes y/o servicios conexos, relativos, referenciados o referenciales, que la COOPERATIVA por sí misma o por medio de terceros, brinda o pueda llegar a brindar en beneficio del SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE.

Dicho SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, declara no interpondrá ninguna acción judicial o extrajudicial al respecto del uso o entrega de esta información a terceros, ni buscará resarcimiento económico alguno o daños o perjuicios, pues declara conocer que la COOPERATIVA la usará de buena fe, solamente para buscar un beneficio del SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE, quien tendrá la decisión absoluta de aceptar o no, los bienes o servicios que se le ofrezcan.

SÉPTIMA: ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN. - EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE deberá mantener actualizada la información suministrada a LA COOPERATIVA al momento de la apertura de la cuenta y que consta descrita en el formulario de adhesión. Para tales efectos deberá actualizar por lo menos anualmente la información aludida.

OCTAVA: MODIFICACIONES. - LA COOPERATIVA, podrá modificar estas condiciones, las mismas que serán notificadas con la oportunidad que la norma vigente contemple; y por tratarse de un contrato de adhesión, si no hubiere oposición expresa, se las entenderá incorporadas al contrato y aceptadas por el socio cuenta ahorrista.

NOVENA: DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS. - EL SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE declara, expresamente y bajo juramento de que todos los fondos que vayan a ser depositados en la cuenta por EL SOCIO CUENTA AHORRISTA, por sus dependientes o por terceros debidamente autorizados por él /ella, así como todas las operaciones o transacciones que se realicen en, sobre, o con la cuenta, tendrán un origen y un destino lícito, sin relación alguna con el narco lavado y otras infracciones previstas en la ley de prevención, detección y erradicación del delito de lavado de activos y del financiamiento de delitos; y, que no está vinculado ni directa ni indirectamente, con ninguna actividad relacionada con la producción, consumo, comercialización o tráfico de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, guerrillas, terrorismo, o cualquier otra actividad tipificada en la Ley de prevención, detección y erradicación del delito de lavado de activos, y más leyes que rigen sobre la materia, ni con la utilización de dinero procedente de estas actividades.

Si esta declaración jurada fuese falsa o errónea, el SOCIO CUENTA AHORRISTA o CLIENTE será responsable de tal falsedad o error, LA COOPERATIVA quedará eximida de toda responsabilidad frente a cualquier autoridad o persona; y, adicionalmente podrá cerrar o cancelar las cuentas que el SOCIO mantenga en la Institución y declarar del plazo vencido todas o cualquiera de las obligaciones a cargo del SOCIO. LA COOPERATIVA está expresamente facultada para proporcionar a las autoridades competentes las informaciones que estas demanden, en los casos previstos en la Ley Reglamentos, respecto de la cuenta y otras operaciones, respecto del SOCIO CUENTA AHORRISTA O CLIENTE.

DÉCIMA: AUTORIZACIÓN PARA REPORTE WAIVER: En el caso de que el (los) cliente (s), o socio (s) tenga (n) la obligación de declarar, pagar o remitir información respecto del cumplimiento de sus obligaciones tributarias ante jurisdicciones fiscales nacionales o extranjeras autoriza (n) expresa e indefinidamente a La Cooperativa para que le (s) reporte (n) a la (s) administración (es) tributaria (s) competente (s), la información de su (s) cuenta (s), ahorro (s), inversión (es) y sus respectivos saldos, pagos y movimientos conforme esta sea requerida.

DÉCIMA PRIMERA: CANCELACIÓN DE LA CUENTA: La Cooperativa Andalucía se reserva el derecho de cancelar de manera unilateral este contrato, notificando de este particular con CINCO (5) días de anticipación al titular de la cuenta a la dirección física o electrónica proporcionada por el cliente en caso de detectar a) falsedad de información provista por el cliente, b) falta de actualización de datos, c) omisión en la entrega de información requerida por la Cooperativa, d) por cualquier otra causa que a criterio de la Cooperativa se justifique la cancelación.

DÉCIMA SEGUNDA: LEGISLACIÓN: En todo lo que no estuviere previsto en el presente contrato las partes se someten a las disposiciones de la Ley.

DÉCIMA TERCERA: RESIDENCIA FISCAL DEL SOCIO CUENTA AHORRISTA/CLIENTE: Conforme a las regulaciones del Estándar Común de Reporte (CRS por sus siglas en inglés) en el marco de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), lo establecido en la Disposición General Primera de la Ley Orgánica para la Reactivación de la Economía, Fortalecimiento de la Dolarización y Modernización de la Gestión, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 150 de 29 de diciembre de 2017 y según lo señalado en la Resolución NAC-DGERCGC19-00000045 del Servicio de Rentas Internas, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 51 de 01 de octubre de 2019, respecto de la obligación de informar el país de residencia fiscal, Cooperativa Andalucía, requiere registre la siguiente información:

¿Es usted una persona estadounidense para fines fiscales?	Si:	No:
Número de identificación de contribuyente		

¿Es residente de cualquier otro país distinto a Estados Unidos para fines fiscales?	Si:	No:
Enumere estos países		
País	Número de Identificación (NIF)	
ECUADOR		

El abajo firmante declara, bajo su responsabilidad, ser residente fiscal en el país o territorio indicado; y, que la información de su nacionalidad y residencia fiscal es completa e incluye la totalidad de los países o jurisdicciones fiscales en donde tenga su residencia fiscal.

Expresamente eximo a la Cooperativa Andalucía de toda responsabilidad respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea; he sido advertido de la obligación de consignar información verídica y completa.

Autorizo a la Cooperativa Andalucía a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de la Cooperativa Andalucía para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer la Cooperativa Andalucía y que es pertinente para mi calificación para cualquier beneficio reclamado con base en esta certificación.

Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en la Cooperativa Andalucía (incluso la información sobre los saldos de cuentas y pagos recibidos) se notifique a las autoridades fiscales pertinentes, y que estas autoridades proporcionen esta información a cualquier otro país enumerado en la lista anterior como a un país en el cual soy residente para fines fiscales.

De igual forma me comprometo a comunicar por cualquier medio inmediatamente a la Cooperativa Andalucía sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a la Cooperativa Andalucía un formulario actualizado y apropiado de auto-certificación de Residencia Fiscal en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio en las circunstancias.

DÉCIMA CUARTA: JURISDICCIÓN, DOMICILIO Y TRÁMITE: Para todos los efectos que se deriven del presente documento, las partes renuncian domicilio y se someten a los jueces de la ciudad de QUITO y al trámite verbal sumario. El SOCIO CUENTA AHORRISTA manifiesta que conoce y acepta el contenido del presente contrato y en prueba de lo anterior lo suscribe a conformidad con lo acordado y firman en unidad de acto en la ciudad de QUITO, el de de 20 .

POR LA COOPERATIVA ANDALUCIA

f) _____

POR EL SOCIO CUENTA AHORRISTA

f) _____

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

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:
Pais 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>

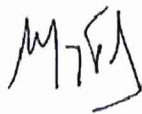
El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

DECLARACIÓN BENEFICIARIOS POR MUERTE (A título gratuito)

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

Cuando 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

