



SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO MI EMPLEO SEGURO

PÓLIZA NO.

CERTIFICADO NO.

Oficina o agencia	Vigencia del seguro: Desde	Hasta
-------------------	----------------------------	-------

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:		Nombres:	
C.I. <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> No.:	Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Nacionalidad:			
Teléfono particular:	Celular:	Email:	
Dirección del domicilio principal:			
No.:	Transversal:	No. Casa / Departamento / Piso:	
Provincia:	Ciudad:	Barrio / Sector:	

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Actividad económica:	En relación de dependencia <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/>
----------------------	--

* Para uso exclusivo del contratante

DATOS DEL PARTÍCIPE

Apellidos:	Nombres:
Asesor:	Monitor:

DETALLE DE BENEFICIOS

COBERTURA	LÍMITES
Muerte por cualquier causa	\$ 5,000
Muerte por accidente	\$ 5,000
Desmembración por accidente	\$ 5,000
Gastos de entierro por muerte por cualquier causa	\$ 500
Desempleo e incapacidad temporal del asegurado	\$ 200 mensuales máximo hasta 6 cuotas
Servicio exequial a perpetuidad	Incluido
DEDUCIBLE	
Deducible Desempleo e incapacidad temporal del asegurado	1 mes
Período de carencia Desempleo e incapacidad temporal del asegurado	30 días
PRECIO	
Prima total mensual por persona (incluido impuestos)	\$ 5.00



BENEFICIARIOS POR MUERTE

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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, VIH, 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:

DIAGNÓSTICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO (dd/mm/aaaa)

En caso de dudas, en caso de requerir información sobre su seguro o para trámites de reembolso, puede contactarse por los siguientes medios:

Con la asesoría de:



siniestrosadmuni Fondos@ecuaprimas.com



(04) 220-9333 ext. 232
(lun. a vie. de 08H30 a 17H30)



099 534 2570

COBERTURAS PÓLIZA DE VIDA Y ANEXOS

OBJETO DEL SEGURO

Proteger los diferentes riesgos a los que está expuesto el asegurado acorde a las coberturas y montos detallados

LIMITE DE EDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años
Edad máxima de ingreso: 64 años 11 meses 29 días
Edad máxima de permanencia: 69 años 11 meses 29 días

TIPO DE COBERTURA

Cobertura las 24 horas del día, los 365 días del año.

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la presente póliza, se indica que el período de aviso de siniestros será de 30 (treinta) días calendario, contados a partir de que el asegurado tenga conocimiento del siniestro y siempre y cuando el mismo no se encuentre prescrito (3 años) de conformidad a la normativa legal vigente, este período de notificación no aplica para la cobertura de muerte por cualquier causa, en cuyo caso el plazo de aviso de siniestros será de 3 (tres) años contados desde la ocurrencia del siniestro.

COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO:

Corresponde al (o los) beneficiario (s)

- Denunciar la muerte, cubiertas 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.

DEDUCIBLES

DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO

Deducible: 1 mes

La Compañía pagará máximo un (1) evento año por Asegurado y por póliza.

Posterior a la aplicación de un (1) mes de deducible, se liquidarán los meses en los cuales el asegurado se encuentre desempleado o incapacitado temporalmente de acuerdo con lo que se exponga en las condiciones particulares.

PERIODO DE CARENCIA

DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO

Son los primeros treinta (30) días durante los cuales el Asegurado no estará cubierto. Este período deberá cumplirse por una sola vez, al ingreso a este anexo y solo se aplicará al beneficio por desempleo.

DETALLE DE 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.

ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIO: Si las lesiones corporales sufridas en un accidente fueren la causa única y directa para que el Asegurado fallezca, dentro de los ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios, la suma contratada en condiciones particulares

Por accidente se entiende el hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del Asegurado, que sea provocado por una violencia exterior, siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que no se encuentre excluido.

El presente amparo es acumulable con la cobertura básica.

EXCLUSIONES: Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado y siempre y cuando ese estado sea la causa directa del siniestro
- Suicidio voluntario o involuntario, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Accidente o enfermedad y sus consecuencias causadas por violación de cualquier norma legal de carácter penal o en el ejercicio de actividades ilícitas.
- Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Participación del Asegurado en aviación, salvo que vuele como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

ANEXO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

POR CONVENIO ENTRE SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS Y EL ASEGURADO, LA PÓLIZA DE SEGURO, ARRIBA CITADA, A LA CUAL SE ADHIERE ESTE ANEXO, EN CONSIDERACIÓN AL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL CORRESPONDIENTE, QUEDA SUJETA, ADEMÁS, A LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

BENEFICIO: Si las lesiones corporales sufridas en un accidente fueren la causa única y directa para que dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de dicho accidente, el Asegurado sufra la desmembración o inutilización de algún miembro, la Compañía pagará un porcentaje del valor asegurado de acuerdo a lo estipulado a continuación:

	PORCENTAJE (%)
• De la vista de ambos ojos	100
• De ambas manos o de ambos pies	100
• De la vista de un ojo	40
• De la audición bilateral	50
• Del miembro superior (mano, antebrazo y brazo)	65
• De una mano	55
• De una pierna y pie	55
• De un pie	40
• Del dedo pulgar y del índice de la mano	25
• De cualquier otro dedo de la mano o del pie	5

En caso de presentarse una o varias desmembraciones accidentales, la Compañía pagará la sumatoria de los porcentajes estipulados, sin exceder en ningún caso el cien por ciento (100%) de la suma asegurada.

Por accidente se entiende el hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del Asegurado, que sea provocado por una violencia exterior, siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que no se encuentre excluido.

El presente amparo no es acumulable con la cobertura básica, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por desmembración accidental, el Asegurado quedará excluido del mismo y podrá continuar amparado bajo la cobertura básica por un valor asegurado equivalente al valor asegurado de la cobertura de muerte accidental menos el valor indemnizado bajo esta cobertura, lo anterior, con el pago de la prima correspondiente a dicho amparo.

EXCLUSIONES: Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.
- Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado y siempre y cuando ese estado sea la causa directa del siniestro.
- Suicidio voluntario o involuntario, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Accidente o enfermedad y sus consecuencias causadas por violación de cualquier norma legal de carácter penal o en el ejercicio de actividades ilícitas.
- Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Participación del Asegurado en aviación, salvo que vuele como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

ANEXO DE GASTOS DE ENTIERRO

BENEFICIO: Si el Asegurado muere por cualquier causa no excluida, la Compañía pagará a los beneficiarios, la suma contratada en condiciones particulares, para cubrir los gastos de sepelio.

El presente amparo es acumulable con la cobertura de vida.

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

ANEXO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO

BENEFICIO: Si luego de transcurrido el período de carencia mencionado en el artículo séptimo de este condicionado, el Asegurado, quien debe ser un trabajador independiente de acuerdo a la definición más adelante expuesta en el artículo tercero, se incapacitare temporalmente a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de este anexo, la Compañía pagará al Asegurado, Contratante o Beneficiario Acreedor designado en las condiciones particulares, la suma asegurada mensual menos el deducible establecido en las mismas.

En caso de que la incapacidad temporal del Asegurado sea inferior a un (1) mes, la Compañía pagará 1/30 de la suma asegurada mensual por cada día de incapacidad temporal.

En todo caso el valor máximo mensual a indemnizar será el contratado y no podrá exceder del período pactado en las condiciones particulares.

Para efectos de esta cobertura se presenta incapacidad total temporal cuando el Asegurado se encuentre imposibilitado para atender las labores propias de su profesión u oficio a causa de una enfermedad o accidente.

La Compañía pagará máximo un (1) evento año por Asegurado y por póliza.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

BENEFICIO: Si luego de transcurrido el período de carencia mencionado en el artículo séptimo de este condicionado, el Asegurado, quien debe ser un trabajador con relación de dependencia, pierde su empleo por causas ajenas y externas a su voluntad, dejando de percibir contra prestación alguna por su trabajo habitual personal y subordinado, la Compañía pagará al Asegurado, Contratante o Beneficiario Acreedor designado en las condiciones particulares, la suma asegurada mensual menos el deducible establecido en las mismas, mientras dure el desempleo hasta el período máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza, o hasta cuando se emplee nuevamente, lo que ocurra primero, siempre y cuando, el Asegurado haya trabajado continuamente en los últimos doce meses a tiempo completo para un Patrono, (No son objeto del seguro aquellas personas que sean trabajadores independientes, contratados por obra, temporada o por un tiempo definido, o cuyo cargo sea de libre remoción).

La Compañía pagará máximo un (1) evento año por Asegurado y por póliza

EXCLUSIONES

Para la cobertura de Incapacidad Temporal del Asegurado, aplican las siguientes exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente.
- Embarazo, parto, cesárea, aborto y las complicaciones que surjan de ellos.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro. Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado.
- Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, cometa, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos, o escalamiento de montaña.
- Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

Para la cobertura de Desempleo Involuntario, aplican las siguientes exclusiones:

- Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del periodo de carencia.
- Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.
- Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado. Convenios de despido entre el Asegurado y la Empresa.
- Visto bueno otorgado por la autoridad laboral.
- Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.
- La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por faltas graves cometidas por el Asegurado.
- Disturbios populares, huelgas, motines, conmociones civiles, levantamientos populares, con miras al derrocamiento del gobierno.



DEFINICIONES

Para los efectos del presente anexo, cada una de las siguientes palabras y frases tendrán el siguiente significado:

Asegurado: persona natural que realiza labor de cualquier clase, por cuenta propia o bajo la dependencia de otra, de acuerdo al artículo primero del presente anexo siendo remunerada la prestación de su servicio.

Contratante: persona natural o jurídica que contrata y suscribe la póliza de seguro por cuenta propia o de un tercero

Beneficiario acreedor: persona jurídica a favor de quien se establece el pago de la indemnización que deba realizar la Compañía.

Trabajador Independiente: persona que vive habitualmente de su trabajo sin estar en situación de dependencia con respecto a uno o varios patronos.

Desempleo Involuntario: significa que el Asegurado sea despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad.

Periodo de Carencia: se define como el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza siendo el primer mes el período durante el cual el Asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por una sola vez, al ingreso a este seguro.

Deducible: Es el tiempo indicado en las condiciones particulares de la Póliza, que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por la Compañía en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por el presente anexo.

CONDICIONADO ASISTENCIA EXEQUIAL:

Objeto y modo de ejecución:

La Compañía aliada proveerá los servicios a los clientes de SEGUROS DEL PICHINCHA S.A, que fallezcan por muerte por cualquier causa, siempre y cuando sus pagos estén al día; estos servicios provistos exclusivamente a los clientes que se encuentren registrados en los listados mensuales El proveedor prestará los servicios requeridos por los Clientes ininterrumpidamente durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año y las veinticuatro (24) horas del día, según su disponibilidad.

Es responsabilidad del cliente Informar inmediatamente al proveedor al momento de requerirse el servicio

Es obligación del proveedor mantener sus instalaciones y los locales donde se provee el servicio con buena presencia, manteniendo la calidad en el servicio, sin importar la hora en que se requiera del mismo.

Realizar los trámites legales en forma ágil y oportuna.

EXCLUSIONES:

No se cubre preexistencias, entendiéndose como preexistencia toda enfermedad diagnosticada antes de la firma del contrato.

DETALLE DE COBERTURAS:

- Sala de velación 24 horas en la Sierra y 48 horas en la Costa, salas de velación afiliada a nivel nacional o colocación de capilla ardiente.
- Trámites legales .
- Traslados a salas de velación y Camposanto.
- Traslados vía aérea o terrestre a nivel nacional .
- Tanatopraxia.
- Formolización .
- Cofre madera corte lineal..
- Servicio de cafetería.
- Servicio telefónico local.
- Libro de oraciones.
- Libro de condolencias.
- Rosario.
- Servicio religioso de acuerdo al culto.
- Arreglos Florales.
- Nicho en un Camposanto a perpetuidad hasta USD 2.500,00 en Camposantos afiliados a nivel nacional.
- Cremación.
- Urna y columbario a perpetuidad hasta USD 2.500,00 en compañías afiliadas a nivel nacional.

Cliente deberá comunicar al proveedor de forma inmediata el requerimiento de los servicios de exequias, pudiendo ser este aviso, a través de fax o correo electrónico o llamada telefónica, mediante confirmación de su recepción

El cliente para solicitar el servicio deberá hacerlo comunicándose directamente con Casa Girón a la línea gratuita 1-800- CGIRON 1-800 - 244766 o al teléfono convencional (02) 2550290.

PAGO DE PRIMAS:

El solicitante del seguro está obligado al pago de la prima en el plazo de treinta (30) días desde perfeccionado el contrato, a menos que se acuerde un plazo mayor. El pago de la prima debe hacerse en el domicilio del asegurado o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados a recibirla. Si el pago se hace al agente de seguros, su entrega se reputará válida y se entenderá como entregada a la Compañía mismo.

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 podrá conceder, sin recargo de intereses, un período de gracia determinado en las condiciones particulares. 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 fueron 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.

Queda entendido y convenido que, en caso de ocurrir un siniestro, el Solicitante y/o Beneficiario están obligados a pagar la totalidad de la prima, como condición previa para que la Compañía reconozca el reclamo.

VIGENCIA:

El presente seguro inicia su vigencia a partir de las 12h00 del día siguiente hábil a la fecha de expedición del presente certificado y estará vigente hasta las 12h00 horas del último día del período pagado, siempre que las condiciones particulares hayan sido aceptadas por las partes y el Solicitante haya pagado la prima correspondiente según lo pactado.

RENOVACIÓN DEL SEGURO:

El seguro se renovará automáticamente por períodos iguales al inicialmente contratado, previo pago de la prima, a menos que una de las partes manifieste lo contrario 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 la que se deba hacer el pago de la prima correspondiente y tendrá efecto a partir de esa fecha de pago. En caso de que el aviso de cancelación no se recibe en el período establecido, la cancelación se hará efectiva a partir de la siguiente fecha de pago. La prima se reajustará anualmente de acuerdo con la edad, valor asegurado y tarifas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL:

El seguro de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

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

La cancelación a que se refiere el punto a) deberá ser comunicada por escrito pudiendo hacerlo por medios electrónicos 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.

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, se le notificará la terminación automática del mismo, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación.

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.

DOCUMENTOS MÍNIMOS EN CASO DE SINIESTRO

No obstante, a lo estipulado en las condiciones generales, los documentos en caso de siniestro aplicarán los a continuación detallados:

Muerte Por cualquier Causa

- Formulario de aviso de siniestro y carta de aviso de siniestro.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)).
- 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.
- Certificado de defunción.
- Informe del levantamiento del cadáver.
- Informe médico legal (autopsia).

Muerte accidental

- Formulario de aviso de siniestro y carta de aviso de siniestro.
- 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.
- Certificado de defunción.
- Informe del levantamiento del cadáver.
- Informe médico legal (autopsia).
- Parte policial incluyendo el resultado del examen de alcoholemia.

Desmembración accidental

- Formulario de aviso de siniestro y carta de aviso de siniestro.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)).
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Parte policial incluyendo el resultado del examen de alcoholemia.

Gastos de entierro

- Formulario de aviso de siniestro y carta de aviso de siniestro.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)).
- 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.
- Facturas originales, pedido de exámenes, medicina y terapias.
- Certificado de defunción.
- Informe del levantamiento del cadáver.
- Informe médico legal (autopsia).

Incapacidad temporal o Desempleo

- Formulario de aviso de siniestro y carta de aviso de siniestro.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)).
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Parte policial incluyendo el resultado del examen de alcoholemia.

PLAZO 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.

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 Solicitante y por los Asegurados, quienes están obligados a declarar objetivamente el estado del riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de circunstancias sobre el estado del riesgo que le agraven, conocidas por el Solicitante y por los Asegurados, hubiese podido influenciar en la decisión de la Compañía, sobre la aceptación o no de celebrar el contrato de seguro, o de hacerlo con estipulaciones más gravosas, o distintas, vician de nulidad el contrato de seguro. 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. Salvo si se prueba el dolo o mala fe del Solicitante o Asegurado en la declaración sobre el estado del riesgo, la Compañía iniciará las acciones contempladas en la ley, si es que el hecho constituye delito

Si la Compañía, antes de perfeccionarse el contrato, conocía o debía haber conocido las circunstancias encubiertas, o si después las acepta, ésta la nulidad se entiende saneada. La Compañía no podrá alegar la nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.

La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento de la Compañía, de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después si las acepta expresamente, (Art. 710-711, Libro Sexto, Código de Comercio, R.O. 497 de 29 de mayo de 2019)

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

A. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA: 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. 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 710 Código de Comercio).

C. 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

D. 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.

E. 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.

F. Declaro expresamente que he recibido las explicaciones correspondientes sobre las particularidades este seguro, de forma que consciente y voluntariamente acepto los términos y condiciones del mismo.

G. Además, autorizo a Seguros del Pichincha a utilizar mi información personal proporcionada a la aseguradora 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, correo electrónico y/o cualquier otro medio legalmente reconocido.



Seguros del Pichincha

Asegurado Principal