

R.U.C. 1791289927001
Compañía de Seguros y Reaseguros

QUITO: Av. González Suárez N32-346 y Coruña (esq.) | PBX: (02) 397 5500.
GUAYAQUIL: Justino Cornejo y Av. Francisco de Orellana, Edif. Torres
Banco Pichincha Piso 11 | PBX: (04) 211 8353.
CUENCA: Av. Solano y Av. 12 de Abril (esq.), Edif. Banco Pichincha, 5to piso | PBX: (07) 284 1900.
PORTOVIEJO: Av. América 126 entre Av. Reales Tamarindos y Ramón Fernández | PBX: (05) 265 7000.
Servicio al cliente: 1800 400-400



**SEGURO DE VIDA GRUPO
SOLICITUD-CERTIFICADO**

PÓLIZA No: DESEMPLEO ADMUNIFONDOS

OFICINA O AGENCIA: Guayaquil

FORMA DE PAGO:

VIGENCIA DEL SEGURO:

DESDE:

HASTA: Terminación o No renovación del seguro

CONTRATANTE:	Admunifondos S.A.
---------------------	-------------------

DATOS DEL ASEGURADO

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

DATOS DE PARTICIPE (Participe es el cliente titular del ahorro en el FONDO PREVENIR.)

Apellidos:	Nombres:
------------	----------

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE –PEP

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos relevantes en el Ecuador o en el Extranjero	SI		NO	
En caso de ser afirmativo				
Institución:	Cargo:	Fecha de culminación del cargo:		
Usted es familiar de un PEP (padres/hijos/abuelos/nietos o cónyuge) ó Usted trabaja con una Persona Expuesta Políticamente en forma directa				
En caso de ser afirmativo				
Nombre y Apellidos de la Persona Expuesta Políticamente - PEP:				
Institución:	Cargo:	Parentesco/Relación:		

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS	
	DESEMPLEO	DESEMPLEO PLUS
Incapacidad Temporal o Desempleo* (máximo hasta 6 cuotas)	\$ 200.00	\$ 400.00
Muerte Accidental	\$ 5,000.00	\$ 10,000.00
Desmembración Accidental	\$ 5,000.00	\$ 10,000.00
Muerte por Cualquier Causa	\$ 500.00	\$ 500.00
Gastos Médicos por Accidente	n/a	\$ 1,200.00
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (Límite 30 días)	n/a	\$30.00 diarios
Asistencia Exequial	INCLUIDO	INCLUIDO
Prima Total Mensual	\$ 5.00	\$ 9.28

DEDUCIBLES Y CARENCIA		
COBERTURAS	DESEMPLEO	DESEMPLEO PLUS
Deducible de Incapacidad Temporal o Desempleo	1 mes	
Deducible de Gastos Médicos por Accidente	10% Valor del Siniestro, Mínimo \$20.00 por evento y por persona	
Deducible Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	\$30.00 (1 día)	
Periodo de Carencia de Incapacidad Temporal o Desempleo *	30 días	

Nota:

DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO

-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 a lo que se exponga en las condiciones particulares.

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.

DECLARACIÓN BENEFICIARIOS POR MUERTE (A título gratuito)

Nombre del Beneficiario	Parentesco / Relación	Porcentaje	Teléfono	Correo electrónico	Edad	Cedula

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.

DECLARACIÓN DE SALUD

Declaro 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 caso de no padecer ninguna enfermedad colocar la palabra "Ninguna".

RESUMEN CONDICIONES DEL SEGURO

1. OBJETO ASEGURADO:

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

2. LIMITE DE EDADES:

Edad mínima de ingreso: 18 años
Edad máxima de ingreso: 64 años 11 meses 29 días
Edad máxima de permanencia: 70 años cumplidos

3. COBERTURAS:

ANEXO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO

BENEFICIO: Si luego de transcurrido el período de carencia mencionado en 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 este condicionado, el Asegurado, quien deber 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 periodo 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 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.

ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIO: Si las lesiones corporales sufridas en un accidente, producido dentro de la vigencia de la póliza, 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 este anexo 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 accidente preexistente a la contratación de este anexo.
- 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 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.
- Prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas militares o policiales.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

ANEXO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

BENEFICIO: Si las lesiones corporales sufridas en un accidente fueren la causa única y directa para que dentro del ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de dicho accidente, el Asegurado sufre 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 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 y sus consecuencias causadas por violación de cualquier norma legal de carácter penal o en el ejercicio de actividades ilícitas.
- Cualquier accidente producido como consecuencia del uso de o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- Cualquier accidente causado cuando el asegurado se encuentre viajando en un medio de transporte en cualquier vehículo aéreo que no esté autorizado para el tráfico regular de pasajeros.
- 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.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

BENEFICIO: Por la muerte del Asegurado, originada por cualquier causa, la Compañía pagará al o los beneficiarios/s la suma contratada constante en condiciones particulares.

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

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

ANEXO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

BENEFICIO: Si el Asegurado sufre lesiones corporales como consecuencia única y directa de un accidente cubierto bajo el presente anexo, dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del mismo, y a raíz de este requiere de tratamiento médico o quirúrgico, la Compañía, una vez comprobadas dichas lesiones, pagará al Asegurado, vía reembolso de gastos previo la presentación de la factura a nombre del asegurado y hasta el monto de la suma asegurada máxima determinada en las condiciones particulares de la póliza; el costo del tratamiento médico, quirúrgico, ambulancia, hospital, enfermera y medicamentos que se receten, sin exceder de la suma asegurada contratada.

El importe correspondiente a medicamentos sólo será pagadero previo la presentación de la respectiva receta médica, acompañada de la factura de compra correspondiente.

Toda indemnización bajo esta cobertura estará sujeta a un deducible, el cual se encontrará estipulado en esta póliza o en los certificados de seguro que se expidan con fundamento en ella, excepto en el caso en que el gasto médico corresponda al traslado en ambulancia terrestre.

DEFINICIONES

Para efectos de este anexo, por gastos médicos por accidente se entiende aquellos gastos indispensables, razonables y equitativos de acuerdo con el parámetro normal que se maneja con gastos similares dependiendo del establecimiento médico, clínico u hospitalario y de la localidad en que se atienda al Asegurado a consecuencia del accidente.

El término ambulancia significa, el vehículo de transporte de pacientes equipado para tal efecto y legalmente autorizado, que traslade al Asegurado desde el lugar del accidente hasta la unidad o centro médico, clínico u hospitalario más cercano.

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.

APLICACIÓN DE LA COBERTURA CON RESPECTO A LA COBERTURA BÁSICA

El presente amparo es acumulable con la cobertura básica, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por este amparo, el Asegurado quedará excluido del mismo, pero podrá continuar amparado bajo el seguro de vida, 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 de este anexo incluida toda secuela, invalidez, limitación funcional o complicación debido a esta.
- Cualquier enfermedad o accidente y las consecuencias del tratamiento médico o quirúrgico no ocasionados por accidente.
- Exámenes médicos de rutina cuando no haya síntomas objetivos de deterioro de la salud del Asegurado.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de este anexo.
- 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 ilícitos.
- Accidente provocado por dolo, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Accidente que ocurra cuando el asegurado practique, ya sea como aficionado o profesional, deportes de alto riesgo o extremos, tales como paracaidismo, vuelo delta, parapente, aviones ultralivianos, automovilismo, motociclismo, buceo, montañismo, boxeo, lucha libre y cualquier otra que implique alto riesgo o peligro.
- 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 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

BENEFICIO: Por la hospitalización del Asegurado causada única y directamente por un accidente no excluido dentro de la vigencia de este anexo, la Compañía pagará al Asegurado, la renta diaria contratada, por cada día que esté hospitalizado, a partir del segundo (2do) día de ingreso a la institución hospitalaria.

La Compañía pagará la renta diaria contratada durante el tiempo de hospitalización, sin exceder, en ningún caso, el período máximo contratado en este anexo. Este período será máximo por evento y vigencia anual de este anexo.

La hospitalización deberá ser certificada por el centro médico, clínico u hospitalario que se encuentre a cargo del tratamiento correspondiente.

Los períodos sucesivos de hospitalización serán considerados como uno solo, a menos que el Asegurado haya reasumido en el intermedio un trabajo de tiempo completo, en forma continua durante cuatro (4) meses o más; en este caso, se volverá a iniciar el conteo de los días a partir del segundo (2do) día de hospitalización, sin exceder el período anual total contratado.

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 este anexo y que no se encuentre excluido.

El presente amparo es acumulable con la cobertura básica, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por este amparo, el Asegurado quedará excluido del mismo, pero podrá continuar amparado bajo el seguro de vida, con el pago de la prima correspondiente a dicho amparo.

EXCLUSIONES: Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:

- Cualquier accidente preexistente a la contratación de este anexo.
- Exámenes médicos de rutina cuando no haya síntomas objetivos de deterioro de la salud del Asegurado.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de este anexo.
- 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 y sus consecuencias causadas por violación de cualquier norma legal de carácter penal o en el ejercicio de actividades ilícitos.

- Lesiones causadas intencionalmente por otra persona.
- Prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas militares o policiales.
- 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.

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 prestara 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.

4. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todos los asegurados deberán llenar Declaración de Salud Tradicional, en caso de declarar una enfermedad se deberá notificar a la Compañía antes de la inclusión del riesgo para la respectiva evaluación.

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo.

5. 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 podrá ser ajustada en cada aniversario de esta póliza por la Compañía, de acuerdo a la edad real del grupo 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.

6. VIGENCIA:

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.

7. RENOVACIÓN:

El certificado individual de seguro se renovará automáticamente por períodos iguales al inicialmente contratado, siempre y cuando se encuentre vigente la póliza.

En caso de que el Solicitante/Asegurado o la Compañía, decidiere no renovar la cobertura, deberá comunicarlo por cualquier medio jurídicamente válido a su contraparte. La no renovación deberá ser comunicada por la parte interesada, por lo menos con treinta (30) días de anticipación a la fecha de finalización.

Nota: El numeral 9 contara en el certificado exclusivamente cuando aplique renovaciones automáticas.

8. AVISO DE 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 de Incapacidad Temporal o Desempleo, Desmembración Accidental, Gastos Médicos por Accidente y Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, que no involucre la muerte del asegurado, el plazo de aviso debe estar dentro de los 30 días de la fecha en que haya ocurrido el siniestro.

9. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS:

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
- ✓ Historia Clínica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s) incluyendo formularios médicos de ingreso y alta hospitalaria, emitidos por autoridad competente.
- ✓ Original del Certificado Individual del Seguro.
- ✓ 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.
- ✓ Formulario de defunción del INEC.
- ✓ En caso de ser beneficiarios personas menores de edad: i) Declaración juramentada ante notario público, donde se declare que comparece en calidad de representante legal del menor y que por lo tanto goza la patria potestad del mismo; ii) En caso de que la patria potestad recaiga sobre uno de los padres de nacimiento, copia íntegra de la partida de nacimiento; iii) En caso de que la patria potestad recaiga sobre un tercero que no es sus padres de nacimiento, copia certificada de la sentencia ejecutoriada que conceda la representación legal a favor del tercero.
- ✓ Copia autenticada de la posesión efectiva de herederos legales en caso de no constar los beneficiarios.
- ✓ Copia del certificado de defunción.
- ✓ Informe del levantamiento del cadáver
- ✓ Informe médico legal (autopsia)
- ✓ Documentos que justifiquen caso fortuito o fuerza mayor, en caso de corresponder.

Muerte accidental

- ✓ Original del Certificado Individual del Seguro.
- ✓ Formulario 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.
- ✓ En caso de ser beneficiarios personas menores de edad: i) Declaración juramentada ante notario público, donde se declare que comparece en calidad de representante legal del menor y que por lo tanto goza la patria potestad del mismo; ii) En caso de que la patria potestad recaiga sobre uno de los padres de nacimiento, copia íntegra de la partida de nacimiento; iii) En caso de que la patria

potestad recaiga sobre un tercero que no es sus padres de nacimiento, copia certificada de la sentencia ejecutoriada que conceda la representación legal a favor del tercero.

- ✓ Copia autenticada de la posesión efectiva de herederos legales en caso de no constar los beneficiarios.
- ✓ Copia del certificado de defunción.
- ✓ Informe del levantamiento del cadáver
- ✓ Informe médico legal (autopsia)
- ✓ Parte policial incluyendo examen de alcoholemia
- ✓ Documentos que justifiquen caso fortuito o fuerza mayor, en caso de corresponder.
- ✓ Demás documentos pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía del daño siempre que guarden relación con la naturaleza y circunstancias del evento reportado.

Desmembración accidental

- ✓ Original del Certificado Individual del Seguro.
- ✓ Formulario de aviso de siniestro.
- ✓ Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento
- ✓ Historia Clínica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s))
- ✓ Certificación autenticada del médico tratante en el cual conste el diagnóstico y procedimiento realizado.
- ✓ Parte policial incluyendo examen de alcoholemia
- ✓ Documentos que justifiquen caso fortuito o fuerza mayor, en caso de corresponder.
- ✓ Demás documentos pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía del daño siempre que guarden relación con la naturaleza y circunstancias del evento reportado.

Gastos médicos por accidente

- ✓ Original del Certificado Individual del Seguro.
- ✓ Formulario de aviso de siniestro.
- ✓ Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento
- ✓ Facturas originales
- ✓ Historia Clínica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s))
- ✓ Recetas médicas y órdenes médicas originales o autenticadas
- ✓ Estudios e Informes imagenológicos (de gabinete) de soporte del siniestro.
- ✓ Parte policial incluyendo examen de alcoholemia.
- ✓ Documentos que justifiquen caso fortuito o fuerza mayor, en caso de corresponder.
- ✓ Demás documentos pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía del daño siempre que guarden relación con la naturaleza y circunstancias del evento reportado

Renta diaria por hospitalización por accidente

- ✓ Original del Certificado Individual del Seguro.
- ✓ Formulario de aviso de siniestro.
- ✓ Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento
- ✓ Historia clínica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s))
- ✓ Facturas originales
- ✓ Certificado de días de internación otorgado por la clínica u hospital
- ✓ Parte policial incluyendo examen de alcoholemia
- ✓ Documentos que justifiquen caso fortuito o fuerza mayor, en caso de corresponder.
- ✓ Demás documentos pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía del daño siempre que guarden relación con la naturaleza y circunstancias del evento reportado

Nota Aclaratoria: en caso de que la Historia clínica este completa y se identifique claramente los días de ingreso y salida del asegurado se puede obviar el certificado de hospitalización.

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

Para la cobertura de Desempleo:

- ✓ Formulario de reclamación y carta de aviso de siniestro.
- ✓ Acta de Finiquito emitida por el Ministerio de Trabajo y firmada por el patrono
- ✓ Aviso de entrada y salida emitida desde la página del IESS
- ✓ Copia de los roles de pago y las planillas de aportes al IESS de los últimos 6 meses anteriores al evento del despido
- ✓ Copia certificada del contrato de trabajo, en el que se indique el cargo desempeñado, el tiempo de trabajo y la modalidad de pago. Si no tiene como conseguirlo de su patrono lo puede obtener en el Ministerio del Trabajo.
- ✓ Certificado de no afiliación al IESS, documento entregable mensualmente
- ✓ Otros documentos que solicite la Compañía de Seguros.

10. LIQUIDACION DE SINIESTRO

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado y estando esta Póliza en pleno vigor, la Compañía liquidará el siniestro, siempre y cuando a) las primas estén pagadas o dentro del periodo de gracia, b) el siniestro tenga cobertura y c) se haya dado conformidad a la totalidad de documentos necesarios para la reclamación.

El monto a liquidar corresponderá al indicado en las condiciones particulares de la Póliza.

La Compañía tendrá treinta (30) días para notificar la aceptación o rechazo del reclamo presentado, a los beneficiarios con respecto al siniestro, contados desde la fecha de formalización de la reclamación, es decir, desde la entrega de toda la documentación establecida en la cláusula décima séptima "Documentos necesarios para la Reclamación de Siniestros".

Si el Asegurado o Beneficiario no se allanan a las objeciones de la Compañía respecto al pago de la indemnización, podrán acudir al reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la Compañía que justifique su negativa al pago. El organismo de control dirimirá administrativamente la controversia.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACION:

Se aplicará el texto detallado en condiciones particulares de la póliza de acuerdo a la necesidad de cada negocio.

12. TERMINACION:

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.

13. 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, estuviere fuera de los límites previstos por las tarifas de la compañía.

14. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DE LOS ASEGURADOS:

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.

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.

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.

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.

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. a utilizar, tratar, transferir 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 a fin de: formalizar e instrumentar el contrato de seguro y la relación comercial; así como, con fines publicitarios, comerciales de nuevos productos de la aseguradora; 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 relación contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más

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.

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.

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.

DECLARO HABER RECIBIDO LAS EXPLICACIONES CORRESPONDIENTES SOBRE ESTE SEGURO, ASÍ MISMO DECLARO HABER RECIBIDO LAS 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://segurosdelpichincha.com/documentos/condiciones-generales-vida-colectivo.pdf>

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
RECIBI CONFORME

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente anexo el registro número SCVS-1-2-SF-132- 505004421 -18 de octubre del 2022.

MEDIOS DE CONTACTOS:

ASEGURADORA: SEGUROS DEL PICHINCHA S.A.
DIRECCION: AV. FRANCISCO DE ORELLANA Y JUSTINO CORNEJO
TELEFONO: 042118353
CORREO ELECTRONICO: atenciongye@seg-pichincha.com
PAGINA WEB: www.segurosdelpichincha.com