

**CERTIFICADO – SEGURO DE VIDA COLECTIVO
PAGO DE DEUDAS A LOS ACREEDORES DEL ASEGURADO**

PÓLIZA No: 6805
VIGENCIA DEL SEGURO: DESDE:
CONTRATANTE:
FORMA DE PAGO:
MONEDA:

CERTIFICADO No:
HASTA:

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL – DEUDOR

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

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	Deudor	Saldo Insoluto de la deuda
Incapacidad total y permanente	Deudor	Saldo Insoluto de la deuda
Desempleo e incapacidad temporal	Deudor	Hasta 3 cuotas de crédito
Enfermedades Graves	Deudor	Saldo Insoluto de la deuda

TIEMPO DE CREDITO	MONTO ASEGURADO	PRIMA TOTAL
MES 1		
MES 2		
MES 3		
MES 4		
MES 5		
PRIMA TOTAL A PAGAR		\$ 0.00

* Prima de acuerdo al anexo de tabla de amortización.

CONDICIONES DEL SEGURO

1. OBJETO DEL SEGURO:

Proteger el saldo insoluto del crédito entregado por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ANDALUCIA a sus socios, cubre el riesgo que el dinero prestado no pueda ser reembolsado a consecuencia de muerte por cualquier causa, incapacidad total y permanente, desempleo e incapacidad temporal o enfermedad grave del Asegurado hasta el límite máximo contratado.

2. MONTO MÁXIMO ASEGURADO

En caso de que un mismo Asegurado tenga más de un crédito, el cumulo total asegurado cubierto por esta póliza por un mismo Asegurado en calidad de titular de préstamo no superará el monto de US\$ \$100.000 para las coberturas de muerte por cualquier causa, incapacidad total y permanente y enfermedades graves.

3. SALDO INSOLUTO

Entiéndase por saldo insoluto de la deuda la sumatoria de: el capital + interés corriente + interés por mora (hasta 60 días) a la fecha de fallecimiento del asegurado.

Nota: El interés por mora (hasta máximo 60 días) será asumido por la aseguradora y deberá venir desglosado en la carta de saldo insoluto.

4. SUMA ASEGURADA REPORTADA

En la presente póliza la suma asegurada reportada por la Cooperativa comprenderá el capital y el interés corriente. El interés por mora hasta máximo 60 días será asumido por la Aseguradora.

5. COBERTURAS:

➤ Muerte por cualquier causa:

Si el Asegurado muere por cualquier causa, la Compañía pagará a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ANDALUCIA LTDA., el saldo insoluto de la deuda que el Asegurado mantenga con esta a la fecha del siniestro acorde al concepto estipulado en el punto 3.

La compañía cubre suicidio desde el primer día de vigencia del crédito.

➤ Incapacidad Total y Permanente:

Si el Asegurado menor de ochenta (80) años de edad, se incapacitare total y permanentemente durante la vigencia de este seguro, por cualquier causa no excluida, la Compañía pagará el saldo insoluto de la deuda que el Asegurado mantenga con esta a la fecha del siniestro acorde al concepto estipulado en el punto 3

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

Para efectos de este seguro se entiende que se presenta incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado menor de ochenta (80) 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.

Para estas coberturas únicamente podrá ser nombrado como acreedor beneficiario una persona jurídica (COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ANDALUCIA LTDA.).

➤ DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL

✓ Incapacidad temporal

Si el Asegurado, quien debe ser un trabajador dependiente o independiente, se incapacitare temporalmente a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de este anexo, la Compañía pagará al beneficiario acreedor designado la cuota mensual del crédito con un máximo de hasta el valor de la cuota menos el deducible establecido en las condiciones particulares, mientras dure la incapacidad temporal por un período máximo de tres (3) meses. En caso de que la incapacidad temporal del Asegurado sea inferior a un (1) mes, la Compañía pagará 1/30 de la cuota mensual del crédito por cada día de incapacidad temporal.

En todo caso el valor máximo mensual a indemnizar será de hasta el valor de la cuota mensuales 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 por Asegurado, durante el período de la vigencia del crédito.

✓ **Desempleo:**

Si luego de transcurrido el período de carencia, el Asegurado 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 beneficiario acreedor, la cuota mensual del crédito con un máximo de hasta el valor de la cuota menos el deducible establecido en las condiciones particulares, mientras dure el desempleo por un período máximo de tres (3) meses, o hasta cuando se emplee nuevamente, lo que ocurra primero, siempre y cuando, el Asegurado haya estado trabajando ininterrumpidamente con el mismo empleador por término indefinido, (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 por Asegurado, durante el período de la vigencia del crédito.

Nota aclaratoria sobre la definición del contrato de libre remoción:

Son aquellos nombramiento expedidos a favor de funcionarios públicos que van a ocupar puestos de dirección política, estratégica o administrativa en las instituciones del Estado. Este tipo de nombramiento no genera ningún tipo de estabilidad laboral, puesto que, cesarán en sus funciones cuando así lo decida unilateralmente la autoridad nominadora; y su remoción no constituye destitución ni sanción disciplinaria de ninguna naturaleza.

➤ **Enfermedades Graves:**

Por el diagnóstico médico que indique que el Asegurado sufre por primera vez y durante el período de vigencia de esta Póliza, cualquiera de las siguientes enfermedades graves: cáncer, apoplejía, insuficiencia renal crónica, infarto agudo al miocardio, cirugía de revascularización de las arterias coronarias, la Compañía, una vez compruebe la enfermedad y que ésta no se encuentre excluida, indemnizará el valor asegurado contratado en el certificado individual de seguro y/o carátula de esta Póliza.

Esta cobertura opera después de noventa (90) días desde el inicio de la vigencia del certificado de seguro y / o carátula de esta Póliza o desde el momento de inclusión como Asegurado en la misma. Para la cobertura de enfermedades graves se indemnizará al socio por el saldo insoluto de la deuda acorde al concepto estipulado en el punto 3.

El Asegurado que reciba por cualquiera de las enfermedades cubiertas la indemnización correspondiente, quedará automáticamente excluido de la cobertura de pago por enfermedades graves.

Para efectos de esta cobertura se definen las enfermedades graves así:

•**CÁNCER:**

Todo tumor maligno confirmado histológicamente con crecimiento y tendencia a la infiltración de los tejidos próximos y metástasis. No incluye cáncer de seno o cuello de la matriz, ni tumores en la piel, ni cáncer in situ no invasivo de cualquier órgano.

• **APOPLEJIA:**

Complejo sintomático que se caracteriza por la abolición del funcionalismo cerebral (movimiento, sensibilidad, conciencia) de manera permanente e irreversible, producido por infarto cerebral trombocito o embólico, infarto de la medula espinal, hemorragia intracerebral subaracnoidea, hemorragia por ruptura de un aneurisma intracraneal o malformación arterio venosa, trombosis venosa intracraneal, hemorragia epidural o subdural. Se excluye los trastornos vasculares isquémicos transitorios y lentamente reversibles.

•**INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:**

Fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones para cumplir con su función propia, con la necesidad de realizar hemodiálisis de dos a tres veces en la semana o de trasplante renal.

•**INFARTO DEL MIOCARDIO:**

Isquemia prolongada del músculo cardiaco de presentación súbita, con dolor del pecho, alteraciones en el electrocardiograma confirmatorias y elevación de las enzimas cardíacas (CK, CPK, CK-MB y fracción LDH1)

•**CIRUGIA DE REVASCULARIZACION DE LAS ARTERIAS CORONARIAS:**

Afecciones de las arterias coronarias (estenosis u oclusión) para enfermos con angina de pecho demostrable con angiografía y tratadas con operación de by-pass o puente coronario.

El resultado de la angiografía, junto con el informe médico, deberá esta disposición de la Compañía

Se excluyen angioplastia transluminal, tratamiento con catéter de láser, operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

6. EXCLUSIONES

Exclusiones para incapacidad total y permanente

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

Exclusiones de incapacidad temporal:

- 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.
- Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida SIDA.
- Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura 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 de 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.

Exclusiones de desempleo:

- 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.
- Participar en paros, disputas laborales o huelgas.
- 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.

Exclusiones Enfermedades Graves:

Para la presente cobertura aplican las exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Cáncer de seno o cuello de la matriz; tumores en la piel; cáncer in situ no invasivo en cualquier órgano.
- Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca) incluyendo, pero no limitado a Neoplasmas malignos al Sarcoma de Kaposi, el linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

7. LIMITES DE EDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 79 años 11 meses 29 días
Edad máxima de permanencia: 85 años 11 meses 29 días

Cobertura por cúmulo asegurado:

- Desde los 18 años cumplidos hasta los 69 años 11 meses y 29 días al 100% hasta un cúmulo máximo asegurado de \$200,000 para las coberturas de: muerte por cualquier causa, incapacidad total y permanente y, enfermedades graves.
- Desde los 70 años cumplidos hasta los 79 años ,11 meses , 29 días, hasta un cúmulo máximo asegurado de \$60.000 para las coberturas de: muerte por cualquier causa, incapacidad total y permanente y, enfermedades graves.
- Desde los 80 años cumplidos hasta los 85 años 11 meses 29 días solo se dará cobertura en muerte por cualquier causa hasta un cúmulo máximo asegurado de \$60,000

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

EDAD	MONTO ASEGURADO	REQUISITOS ASEGURABILIDAD
De 18 a 64 años, 11 meses y 29 días	De \$1 a \$30.000	N/A
	De \$30.001 a \$100.000	Declaración de salud
De 65 años cumplidos a 69 años 11 meses y 29 días	De \$1 a \$30.000	N/A
	De \$30.001 a \$60.000	Declaración de salud
	De \$60.001 a \$100.000	Declaración de salud +Exámenes médicos
De 70 años cumplidos a 80 años cumplidos	De \$1 a \$30.000	N/A
	De \$30.001 a \$60.000	Declaración de salud

N/A: No aplica requisitos

DST: Declaración de salud tradicional

DST + Requisitos médicos: Declaración de salud tradicional + exámenes médicos que solicite la Compañía.

En base a los resultados de la evaluación médica a cargo de la compañía o declaración de salud la aseguradora evaluará y de ser necesario solicitará exámenes médicos para de esta manera aceptar, limitará o rechazar el riesgo.

9. DEDUCIBLES

Deducible para Desempleo e Incapacidad Temporal

Este valor será pagado por tres (3) meses continuos, con un deducible de un (1) mes. Máximo un (1) evento por Asegurado durante la vigencia del crédito.

10. CARENCIA

Periodo de carencia para Desempleo e Incapacidad Temporal

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 seguro y solo se aplicará al beneficio por desempleo.

Periodo de carencia para Enfermedades graves

Esta cobertura opera después de noventa (90) días desde el inicio de la vigencia del certificado de seguro y / o carátula de esta Póliza o desde el momento de inclusión como Asegurado en la misma. Para la cobertura de enfermedades graves se indemnizará al socio por el saldo insoluto de la deuda.

11. 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.

12. 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.

13. RENOVACION:

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.

14. 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):

- a. Denunciar la muerte, cubiertos por esta póliza dentro de los tres (3) años de la fecha en que haya ocurrido.
- b. Suministrar pruebas sobre la fecha y las causas del reclamo, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo el hecho;
- c. Presentar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad, confirmado mediante evidencias médicas, exámenes de laboratorio clínico, químico o patológico efectuados por un profesional médico o médico legista (para muerte accidental), autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

La Compañía en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y

practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

Para las coberturas que no involucre la muerte del asegurado, el plazo de aviso debe estar dentro de los (60) días de la fecha en que haya ocurrido el siniestro.

15. DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA RECLAMACION 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

- Notificación y/o formulario de aviso de siniestro.
- Copia de cédula o partida de nacimiento del Asegurado (deudor).
- Partida de defunción original o copia autenticada en donde conste la causa de la muerte, en caso de no constar se presentará el formulario del INEC.
- Documentos que respalda la entrega del crédito (solicitud del crédito y pagaré donde conste la firma del deudor)
- Tabla de Amortización.
- Certificado de saldo insoluto a pagar emitido por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ANDALUCIA LTDA.
- Historia clínica y/o epicrisis cuando se presuma una enfermedad preexistente, para montos superiores a US\$30.000.

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Notificación y/o formulario de aviso de siniestro.
- Copia de la cédula o partida de nacimiento del Asegurado.
- Documentos que respalda la entrega del crédito (solicitud del crédito y pagaré donde conste la firma del deudor).
- Tabla de amortización.
- Certificado de saldo insoluto a pagar emitido por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ANDALUCIA.
- Historial clínico completo.
- Carnet o certificado de incapacidad otorgado por el Ministerio de Salud Pública o carnet de jubilación por incapacidad otorgado por el IESS.

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario.

DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL

INCAPACIDAD TEMPORAL

- Notificación y/o formulario de aviso de siniestro.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)).
- Certificado de incapacidad / Invalidez (Temporal) emitido por una Institución Médica avalada por un centro médico del país.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito emitido por el beneficiario acreedor en los casos que se requiera.
- Certificado de no aportación al IESS para personas independientes o copia de la planilla de aporte al IESS en los casos en que se requiera probar la dependencia laboral.
- Parte policial incluyendo examen de alcoholemia, cuando la incapacidad sea ocasionada por accidente y se notifique en el parte el estado etílico del asegurado.

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario.

DESEMPLEO:

- Notificación y/o formulario de aviso de siniestro.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Acta de finiquito emitida por el Ministerio de Trabajo.
- Aviso de entrada y salida emitida por el IESS, especificando motivo de la salida del funcionario.
- Historial de trabajo en la empresa y la constancia de la afiliación obligatoria al IESS.
- Copia del contrato de trabajo, en el que se indique el cargo desempeñado, el tiempo de trabajo y la modalidad de pago.
- Registrarse en la bolsa de empleos del Ministerio del Trabajo o similar.
- Certificado de no aportación emitido por el IESS, documento entregable mensual.
- Certificado de la cuota mensual del crédito incluidos siete (7) días de interés de mora mismos que deben ser considerados posterior a la entrega del último documento.

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario.

ENFERMEDADES GRAVES

- Notificación y/o formulario de aviso de siniestro.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Tabla de amortización.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda emitido por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ANDALUCIA.
- Copia del contrato de crédito firmada por la institución financiera y el deudor asegurado.
- Historia clínica completa

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario.

16. 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.

17. PAGO DE LA INDEMNIZACION:

Los reclamos por siniestros serán cancelados por Seguros del Pichincha, en un plazo máximo de cinco (5) días laborables hasta un monto máximo de US\$25.000 y diez (10) días laborables para montos superiores a US\$25.000, contados a partir de la presentación de la documentación completa siempre y cuando el reclamo proceda con su pago. En caso que un socio falleciese, se incapacitase total o temporal, sea diagnosticado por una enfermedad grave o quedare desempleado y la declaración del listado no se encontrara aún realizada por ser una facturación a mes vencido, la compañía de seguros aceptará en reemplazo de la facturación una carta de certificación de la Cooperativa, en la cual indicará el saldo del socio al momento del siniestro, con este documento la compañía procederá a recibir el resto de documentos y a tramitar el reclamo en el tiempo establecido y por la otra parte la Cooperativa se compromete a realizar el pago de primas de la facturación pendiente.

18. 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.

19. 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.

20. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DE LOS ASEGURADOS:

- 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 la tabla de amortización firmada al momento de la contratación del crédito 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: _____
Enfermedad: _____
Enfermedad: _____

Fecha de Diagnóstico: _____
Fecha de Diagnóstico: _____
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 CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA ESTE SEGURO.

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 Principal -Titular del crédito

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente anexo el registro número SCVS-1-2-SF-128-505004421 -18 de octubre del 2022.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Ciudad:	Fecha:	DÍA	MES	AÑO
---------	--------	-----	-----	-----

