

**CERTIFICADO – SEGURO DE VIDA COLECTIVO (CRÉDITOS DE CONSUMO)
PAGO DE DEUDAS A LOS ACREEDORES DEL SOCIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL
Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA****PÓLIZA No:**
OFICINA O AGENCIA:**CERTIFICADO No:**
VIGENCIA DEL SEGURO:
DESDE: HASTA:**FORMA DE PAGO:****DATOS DEL SOCIO PRINCIPAL - DEUDOR**

Nombres y Apellidos:	Estado Civil:	
Cédula de identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número de documento:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Correo Electrónico:
Celular:	Teléfono Particular:	
Dirección de domicilio:		
Ciudad/ Provincia:		

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
Muerte por cualquier causa no excluida	Socio Titular del Crédito	Saldo insoluto de la deuda
Incapacidad total y permanente por cualquier causa	Socio Titular del Crédito	Saldo insoluto de la deuda

CONDICIONES DEL SEGURO**1. OBJETO DEL SEGURO:**

Otorgar protección a los socios que mantienen crédito en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Jardín Azuayo Ltda. bajo las coberturas otorgadas.

2. COBERTURAS:**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:**

Si el socio titular del crédito muere por cualquier causa no excluida, la compañía pagara a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Jardín Azuayo que tenga la calidad de acreedor beneficiario, la cuantía establecida en condiciones particulares.

Si existe excedente entre el saldo de la deuda y la suma asegurada contratada, dicho excedente se pagará a los beneficiarios designados para la cobertura de muerte o herederos legales.

COBERTURA DE SUICIDIO:

Se otorga cobertura en caso de suicidio desde el 1er día de vigencia del crédito hasta un cúmulo de crédito del socio de \$ 2.000, únicamente en caso de fallecimiento.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA:

Si el socio titular del crédito menor de ochenta y uno (81) años de edad, se incapacitare total y permanentemente durante la vigencia de este seguro, por cualquier causa no excluida, la Compañía pagará al acreedor beneficiario, la cuantía establecida en condiciones particulares.

Si existe excedente entre el saldo de la deuda y la suma asegurada contratada, dicho excedente se pagará al socio titular del crédito.

La indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente por cualquier causa 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 socio titular del crédito incapacitado.

Para efectos de este seguro se entiende que se presenta incapacidad total permanente por cualquier causa, cuando el socio titular del crédito menor ochenta y uno (81) 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 socio titular del crédito.

Para estas coberturas únicamente podrá ser nombrado como acreedor beneficiario la Cooperativa de Ahorro y Crédito Jardín Azuayo.

3. EXCLUSIONES:**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:**

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

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA:

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

4. DEFINICIONES: PERSONAS ASEGURABLES:

La cobertura para los socios titulares del crédito, con créditos reportados mensualmente, con edades entre los 18 años cumplidos hasta los 81 años cumplidos (al último día del mes del cumpleaños) se otorgará por la sumatoria de uno o varios créditos que el socio titular del crédito mantenga en la Cooperativa hasta el cumulo de US\$ 150.000,00 de saldo capital

*** GRUPO #1**

De 18 años cumplidos hasta los 65 años cumplidos (al último día del mes del cumpleaños) el cumulo máximo de cobertura (saldo insoluto de la deuda) por un mismo socio titular del crédito, de uno o varios créditos que el socio titular del crédito mantenga en la Cooperativa será de USD \$150,000.00.

*** GRUPO #2**

Desde el primer día del mes subsiguiente al mes del cumpleaños # 65, hasta los 70 años cumplidos (al último día del mes del

cumpleaños) el cumulo máximo de cobertura (saldo insoluto de la deuda) por un mismo socio titular del crédito, de uno o varios créditos que el socio titular del crédito mantenga en la Cooperativa será de USD \$100,000.00.

* GRUPO #3

Desde el primer día del mes subsiguiente al mes del cumpleaños # 70 hasta los 81 años cumplidos (al último día del mes del cumpleaños) el cumulo máximo de cobertura (saldo insoluto de la deuda) por un mismo socio titular del crédito, de uno o varios créditos que el socio titular del crédito mantenga en la Cooperativa será de USD \$25,000.00

- **SOCIO TITULAR DEL CRÉDITO:** El titular del crédito otorgado por la entidad financiera.
- **BENEFICIARIO ACREEDOR:** La entidad financiera hasta el saldo insoluto de la deuda.
- **SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA:** Entiéndase por saldo insoluto de la deuda la sumatoria del capital + intereses corrientes + intereses en mora hasta un año + gastos judiciales al momento del fallecimiento del socio titular del crédito; Siempre y cuando estos valores sean reportados y paguen la prima correspondiente en las facturaciones mensuales.

VALOR DEL CRÉDITO SOLICITADO:

5. PAGO DE PRIMAS:

El presente seguro se mantendrá vigente siempre y cuando exista el pago respectivo de la prima y mientras dure el crédito. En caso de presentarse un siniestro que afecte este certificado, el convenio de pago de primas pactado se dará por terminado.

La prima se calculará a base de los parámetros técnicos fijados en las tarifas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, teniendo en cuenta la edad de cada socio, el cumulo asegurado individual al momento de ingresar a este Certificado, conforme los métodos de cálculo que puedan ser adoptados en cualquier tiempo por la Compañía.”

6. VIGENCIA:

Esta póliza adquiere fuerza legal desde el día y hora indicados en este certificado como comienzo de su vigencia y permanecerá en vigor por el período que se mantenga la deuda.

7. AVISO Y COMPROBACION DEL SINIESTRO:

90 días, excepto para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa que será de 3 años contados a partir de la fecha que le dio origen al siniestro (Para aviso y documentación completa del reclamo).

En caso de siniestro, la Cooperativa de Ahorro y Crédito Jardín Azuayo Ltda., o el socio de Seguros deberán informar por escrito a Seguros del Pichincha y deberá presentar los documentos requeridos para probar la existencia del siniestro.

8. DOCUMENTACIÓN MÍNIMA EN CASO DE SINIESTRO:

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Partida de nacimiento, cédula de identidad o pasaporte (siempre y cuando sea un ciudadano extranjero).
- Partida de defunción original o copia autenticada (en las localidades donde no existe Registro Civil se aceptará el acta de inhumación y sepultura otorgada por la autoridad competente).
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)) desde la fecha de inicio de la enfermedad, Excepto para cúmulos de créditos de hasta \$ 25.000 que aplica cobertura de preexistencias.
- Documentación referente al crédito entregado por la cooperativa (pagare y tabla de amortización diaria).
- Certificado médico (si la Compañía lo requiere)

MUERTE ACCIDENTAL

- Partida de nacimiento, cédula de identidad o pasaporte (siempre y cuando sea un ciudadano extranjero).
- Partida de defunción original o copia autenticada (en las localidades donde no existe Registro Civil se aceptará el acta de inhumación y sepultura otorgada por la autoridad competente).
- Documentación referente al crédito entregado por la cooperativa (pagare y tabla de amortización diaria).
- Parte policial
- Informe de levantamiento de cadáver

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA:

- Partida de nacimiento, cédula de identidad o pasaporte (siempre y cuando sea un ciudadano extranjero).
- Declaración médica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)), desde la fecha de inicio de la enfermedad.
- Documentación referente al crédito entregado por la cooperativa (pagare y tabla de amortización diaria).
- Carnet o certificado de incapacidad total y permanente otorgado por el Ministerio de salud pública.
- Formulario de la Cooperativa en el que el Socio titular del crédito detalló la actividad laboral el momento que tomó el crédito.
- En caso de que el socio titular del crédito haya trabajado bajo relación de dependencia se deberá adjuntar copia de la planilla de aporte al IESS
- Copia del RUC (En caso de ser independiente).

9. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES:

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

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, los vicios enumerados en el inciso anterior, producen el mismo efecto, siempre que el solicitante encubra culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después si las acepta expresamente.

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

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOCIO TITULAR DEL CRÉDITO:

A. AUTORIZACION PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA: Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica o centro de salud o a cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultado por mí, para que suministre a Seguros del Pichincha., toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.

B. Acepto el valor de la prima del seguro de desgravamen cargado en la tabla de amortización presentada por la entidad financiera.

C. SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, se reserva todos los derechos que puedan asistirle antes o después de un siniestro, en caso de que se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptar el seguro (artículo 14 Decreto Supremo 1147 Reformativo del Título XVII libro II del Código de Comercio en concordancia con el artículo 81 de dicho decreto).

D. Declaro en mi calidad de socio titular del crédito, 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:

Enfermedad: _____

Fecha del diagnóstico: _____

E. En el evento en que SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS otorgue el seguro de desgravamen, de acuerdo con la información suministrada en este tipo de seguro, la cobertura amparará a la persona que firma esta declaración.

F. Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, financiamiento del terrorismo, financiamiento de otros delitos, ni es producto de ningún delito. Conocedor de las penas de perjurio declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros toda información que ésta requiera respecto de mi persona, y autorizo que informe a los organismos competentes en caso de ser necesario. En ningún caso estas autorizaciones generarán reclamo o pretensión judicial de mi parte.

G. DECLARO HABER RECIBIDO LAS EXPLICACIONES CORRESPONDIENTES SOBRE ESTE SEGURO Y ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA EL MISMO.

El socio podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha

Seguros del Pichincha

Socio Titular del Crédito

Le recordamos que para reportar su siniestro o cualquier información adicional puede comunicarse con nosotros a través de la línea 1800 400 400 o visitarnos en nuestros puntos de servicio.

SERVICIO AL CLIENTE SEGUROS DEL PICHINCHA:

Quito: Av. Coruña N26-245 y Francisco de Orellana | PBX: (02) 397 2100.

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.

Manta: Av. Malecón y Calle 23, Edif. Torre Oro Mar Local 7 | PBX: (05) 262 9677 – (05) 262 9280.

Portoviejo: Av. América 126 entre Av. Reales Tamarindos y Ramón Fernández | PBX: (05) 265 7010 - (05) 2657 032.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente clausula el registro número 50428 con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00072997-O de 27 de agosto de 2018.