

**-CERTIFICADO – SEGURO DE VIDA EN GRUPO
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO BASE DE TAURA**

PÓLIZA No: 2576
OFICINA O AGENCIA:

CERTIFICADO No:
VIGENCIA DEL SEGURO:
DESDE:

HASTA:

FORMA DE PAGO:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos:	
Cédula de identidad ☐ Pasaporte ☐	Número de documento:
Fecha de nacimiento:	Correo Electrónico:
Celular:	Teléfono Particular:
Dirección de domicilio:	
Ciudad:	
Provincia:	

COBERTURA	GRUPO 1 TITULAR	GRUPO 2 CONYUGE	GRUPO 3 HIJOS MAX 3	GRUPO 4 PADRES
Muerte Por Cualquier Causa	\$4.300,00	\$2.500,00	\$1.500,00	\$400.00
Incapacidad Total y Permanente	\$4.300.00	\$2.500.00	\$1.500.00	N/A
Gastos de Entierro	\$200.00	\$200.00	\$200.00	\$100.00
PRIMA NETA MENSUAL POR PERSONA	\$3,16	\$0,00	\$0,00	\$0,00
PRIMA TOTAL MENSUAL POR PERSONA	\$ 3,29	\$0,00	\$0,00	\$0,00
PRIMA NETA ANUAL POR PERSONA	\$ 37,94	\$0,00	\$0,00	\$0,00
PRIMA TOTAL ANUAL POR PERSONA	\$ 39,46	\$0,00	\$0,00	\$0,00

CONDICIONES DEL SEGURO

1. BENEFICIARIOS POR MUERTE (A título gratuito)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE (%)

2. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

- 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 Sweaden Seguros S.A, toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.
- B.** Acepto cancelar el valor de la prima del presente seguro.
- C.** SWEADEN SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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 Reformatorio del Título XVII libro II del Código de Comercio en concordancia con el artículo 81 de dicho decreto).
- D.** Declaro en mi calidad de Asegurado, que lo anotado en esta solicitud-certificado es verídico, que mi estado de salud es normal: que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, VIH, enfermedades crónicas o graves u otras por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico; y, adicionalmente, en caso de ser mujer, que no he padecido tumores del seno o matriz. En caso de padecer alguna de las enfermedades anteriormente descritas u otra diferente, favor indicar cual enfermedad y la fecha de su diagnóstico:

Enfermedad: _____ Fecha del diagnóstico: _____

- E.** En el evento en que SWEADEN SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS otorgue el seguro, 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 SWEADEN SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS 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 Sweaden Seguros S.A Compañía de Seguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.
Autorizo a SWEADEN SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS 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 Sweaden Seguros S.A Compañía de Seguros 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.

3. OBJETO DEL SEGURO:

Proteger los diferentes riesgos a los que está expuesto el asegurado.

4. COBERTURAS:

➤ MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Cubre la muerte del socio a consecuencia de muerte natural o accidental.

EXCLUSIONES:

--El suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, el cual se cubrirá transcurrido los 180 días de ingreso al seguro.

➤ INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía indemnizará la suma asegurada contratada al Asegurado/Contratante, por la incapacidad total y permanente sufrida por el Asegurado durante la vigencia de este Anexo, causada por enfermedad o accidente superviniente a la contratación de esta cobertura.

Para efectos de este Anexo se entiende que se presenta incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado por una enfermedad o accidente superviniente sufra alteraciones funcionales o lesiones orgánicas, comprobables desde el punto de vista médico que, de por vida le impidan de manera total, permanente e irreversible, desempeñar cualquier actividad económica, ocupación o trabajo remunerativo o lucrativo para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días y no haya sido provocada por el Asegurado.

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

EXCLUSIONES:

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

➤ GASTOS DE SEPELIO

Cubre la muerte del socio a consecuencia de muerte natural o accidental.

EXCLUSIONES:

-El suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, el cual se cubrirá transcurrido los 180 días de ingreso al seguro.

5. LIMITES DE EDAD

GRUPO 1

Edad de Ingreso

-Desde 18 años cumplidos hasta 83 años, 11 meses y 29 días.

Edad de Permanencia

-Hasta 84 años, 11 meses y 29 días.

GRUPO 2. CONYUGE

Edad de Ingreso

-Desde 18 años cumplidos hasta 83 años, 11 meses y 29 días

Edad de Permanencia

-Hasta 84 años, 11 meses y 29 días

GRUPO 3 - HIJOS (MAXIMO 3 que dependen económicamente del titular)

Edad de Ingreso

-Desde 1 año cumplido

Edad de Permanencia

Hasta 22 años, 11 meses 29 días.

GRUPO 4. PADRES

Edad de Ingreso

-Desde 18 años cumplidos Hasta 88 años, 11 meses y 29 días.

Edad de Permanencia

-Hasta 89 años, 11 meses y 29 días

6. COBERTURAS ESPECIALES

COBERTURA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Se otorga cobertura en caso de fallecimiento a consecuencia de enfermedades preexistentes desde el primer día de ingreso al seguro.

7. CLAÚSULAS ADICIONALES

AMPARO AUTOMÁTICO

En el caso que un Asegurado haya adquirido un seguro después de la facturación, este tendrá cobertura automática hasta la próxima facturación.

COBERTURA PARA MUERTE PRESUNTA

La Compañía aseguradora procederá al pago de la cantidad que corresponda por la desaparición del asegurado, en caso de arrastre de río, siniestro de vehículos, naves aéreas, marítimas o fluviales, a partir de los 180 días de ocurrida la desaparición o siniestro, contra la presentación de la declaratoria de muerte presunta, dictada por sentencia por un juez competente.

CONTINUIDAD DE COBERTURA

Se otorga continuidad de cobertura a los asegurados que provengan de la póliza anterior para lo que es necesario se entregue una copia de la póliza anterior y su última facturación antes de la emisión. Esta continuidad se aplicará única y exclusivamente a las coberturas que el cliente gozaba con anterioridad.

8. PAGO DE PRIMAS:

FORMA DE PAGO

-De contado

TIEMPO DE PAGO PRIMAS

-Pago de primas 30 días

PAGO DE RECLAMOS

-8 días

9. VIGENCIA:

La vigencia de la presente Póliza está claramente descrita en las condiciones particulares de la Póliza, con indicación del día, hora de inicio y terminación, y entrará en vigor, previo el pago de la prima convenida, de acuerdo a los términos establecidos, en las condiciones particulares de la Póliza.

10. AVISO Y COMPROBACION DEL SINIESTRO:

El o los beneficiarios tendrán derecho hasta (3) tres años desde la fecha de ocurrencia del fallecimiento del Asegurado y 90 días para las demás coberturas para dar aviso a la compañía. En caso de que los beneficiarios den aviso de la ocurrencia del siniestro, a la compañía, fuera del plazo antes estipulado, se lo considerará como extemporáneo y, por lo tanto, perderán el derecho a percibir la indemnización.

11. DOCUMENTACION MÍNIMA EN CASO DE SINIESTRO:

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA / SEPELIO

- Notificación de aviso de siniestro por cualquier medio
- Formulario de aviso de siniestro
- Historia Clínica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo).
- Copia simple de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Copia simple de las cédulas de ciudadanía y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios.
- Copia simple del certificado de defunción en donde conste la causa de la muerte, en caso de no constar se debe adjuntar el 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 designados en el certificado de seguro.
- Parte policial.
- Informe del levantamiento del cadáver.
- Informe médico legal (autopsia)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Notificación de aviso de siniestro por cualquier medio
- Formulario de aviso de siniestro.
- Historia Clínica (copia autenticada de su (s) expediente (s) médico (s) completo (s)).
- Copia simple certificada de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Certificado de discapacidad emitido por el Ministerio de Salud Pública o Resolución de Jubilación por invalidez emitida por el IESS, o auditoría médica por parte de la aseguradora la misma que se realizará sin costo para el asegurado y en un tiempo no mayor a 8 días laborables
- Parte policial incluyendo resultados de exámenes de alcoholemia

12. PAGO DE SINIESTROS SIN FACTURACION

La compañía de seguros establece un tiempo máximo para el pago de siniestros de 8 días laborables. En caso que un socio falleciese y la

declaración del listado no se encontrará 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 de su fallecimiento, con este documento la compañía procederá a recibir el resto de los 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.

13. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL:

El seguro de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

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

La cancelación a que se refiere el punto a) deberá ser comunicada por escrito a la Compañía por intermedio del Contratante o por el propio Asegurado con cinco (5) días hábiles de antelación a la fecha en que se deba hacer el pago de prima correspondiente y tendrá efecto a partir de esa fecha de pago. En caso de que el aviso de cancelación no se reciba en el período establecido, la cancelación se hará efectiva a partir de la siguiente fecha de pago.

En los casos previstos en los puntos b) y c) el seguro quedará rescindido a las veinticuatro (24) horas en que se haya producido la renuncia, o rescisión o caducidad, o el Asegurado haya cumplido la edad señalada en la tabla de edades máximas.

Se presumirá que un Asegurado ha cancelado el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando no pague la prima de este seguro o su contribución en la forma y plazo previsto en estas condiciones generales.

En cualquier caso, de vencimiento o caducidad de esta póliza, terminarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía

14. 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 Asegurados. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, 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 Asegurados, 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.

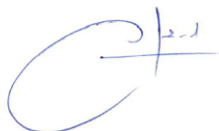
Aunque la Compañía prescinda del examen médico, el Asegurado no queda exento de las obligaciones a declarar objetivamente el estado de salud, ni de las sanciones a que su infracción da lugar; pero la Compañía no puede alegar nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.

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

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

"La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Certificado individual de Seguro el registro número 50874, el 06 de septiembre del 2018".

Lugar y fecha



Sweaden Seguros.

Asegurado Principal

RESPONSABLE SWEADEN SEGUROS S.A