

CERTIFICADO – SEGURO DE VIDA COLECTIVO
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DE LA ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE AZOGUES CACMA LTDA
DESGRAVAMEN DEUDOR + CODEUDOR

PÓLIZA No:
OFICINA O AGENCIA:

CERTIFICADO No:
VIGENCIA DEL SEGURO:
DESDE: **HASTA:**

FORMA DE PAGO:

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL - DEUDOR

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

DATOS DEL CODEUDOR

Nombres y Apellidos:	
Cédula de identidad ☐ Pasaporte ☐	Número de documento:
Fecha de nacimiento:	

TABLA DE COBERTURAS		
COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	Deudor + Codeudor	Saldo insoluto de la deuda
Incapacidad total y permanente	Deudor + Codeudor	Saldo insoluto de la deuda

* Prima de acuerdo al anexo de tabla de amortización.

CONDICIONES DEL SEGURO

1. TASAS A COBRAR (SELECCIONE OPCION)

TASA NETA MENSUAL: $0.59 \times \text{MIL DEUDOR} + \text{CODEUDOR}$

TASA TOTAL MENSUAL: $0.6136 \times \text{MIL DEUDOR} + \text{CODEUDOR}$

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 S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS., 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.** SWEADEN 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 S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS 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 SWEADEN 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 S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.
- Autorizo a SWEADEN 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 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:

Se otorgará la cobertura al contratante en caso de fallecimiento o de incapacidad total y permanente del deudor principal del crédito.

4. COBERTURAS:

➤ MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

Si el Asegurado muere por cualquier causa, la Compañía pagará a COOPERATIVA, el saldo insoluto de la deuda que el Asegurado mantenga con la Cooperativa a la fecha del siniestro, el cual comprende el capital, los intereses corrientes e interés por mora, siempre y cuando hayan sido reportados y pagados.

EXCLUSIONES:

El suicidio del Asegurado los primeros 180 días de contratado el crédito se cubrirá el valor total del saldo que mantenga con la COAC, de acuerdo al valor reportado en los listados.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Si el Asegurado de menor setenta (70) años de edad, se incapacitare total y permanentemente durante la vigencia de este seguro, por cualquier causa no excluida, la Compañía pagará al contratante, el saldo insoluto de la deuda que el Asegurado mantenga con LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE AZOGUES CACMA LTDA. a la fecha del siniestro, el cual comprende el capital, los intereses corrientes e intereses por mora, siempre y cuando hayan sido reportados y pagados.

La indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente de este beneficio no es acumulable al seguro de vida, 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 setenta (70) 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.

EXCLUSIONES

Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:

- Enfermedades o accidentes originados con anterioridad al ingreso a este seguro.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por accidente o enfermedad.
- Guerra declarada o no, conmoción civil, revuelta popular, motín, servicio en las fuerzas armadas (ejército, aviación y naval) y policía.

- Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- Heridas auto Infligidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- Enfermedades mentales de cualquier naturaleza.
- Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- Infecciones bacterianas (excepto infecciones piogénicas que deriven de cortaduras o heridas accidentales)
- Lesión corporal que dé lugar a formación de hernias.
- Lesiones a consecuencia del ejercicio de una ocupación o actividad deportiva distinta a las declaradas, salvo que el contratante haya notificado de la nueva ocupación o actividad deportiva por escrito a SWEADEN S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. Y que esta haya aceptado el nuevo riesgo por escrito.

5. SUMA ASEGURADA:

La suma asegurada con la cual se indemnizará a cada Asegurado cuando a ello tenga derecho, se consigna en condiciones particulares como suma máxima asegurada.

Para este seguro la suma asegurada, corresponde al valor del saldo insoluto de la deuda expuesta en la tabla de amortización entregada por la entidad financiera al momento del fallecimiento o incapacidad total y permanente del titular del crédito.

6. PAGO DE PRIMAS:

La prima deberá pagarse por el Contratante, al momento de la suscripción del contrato, en el domicilio de la Compañía o a un representante autorizado de ésta.

Las primas de esta póliza son pagadas de manera mensual a la Compañía de Seguros.

En caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de primas subsiguientes a la primera, la Compañía concede, sin recargo de intereses, un período de gracia de treinta (20) días calendario. Durante dicho plazo el seguro se considerará en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Contratante, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de primas, posteriores a la primera, no fueren pagadas antes de vencerse el período de gracia, se producirá la caducidad del contrato. Pero el Asegurado adeudará a la Compañía la prima correspondiente, al período de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la parte de prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima no pagada hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Queda entendido y convenido que, en caso de ocurrir un siniestro, el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario está(n) obligado(s) a pagar la totalidad de la prima y los gastos del Asegurado siniestrado, como condición previa para que la Compañía reconozca el reclamo.

7. 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.

8. AVISO Y COMPROBACION DEL SINIESTRO:

La cooperativa dispone de dos años para notificar y presentar el siniestro de muerte por cualquier causa y para Incapacidad Total y Permanente dispone de 90 días calendarios para notificar desde la ocurrencia del mismo

9. DOCUMENTACION MÍNIMA EN CASO DE SINIESTRO:

Dentro del término legal, la Compañía pagará por conducto del Contratante al Asegurado o a los beneficiarios, o directamente a estos, la indemnización a que está obligada por esta póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, al acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía del mismo; para el efecto podrá utilizar todos los medios probatorios admitidos en la Ley ecuatoriana, y en especial la documentación mínima relacionada en el cuadro de documentos mínimos requeridos en caso de siniestro.

Para que la Compañía pague la indemnización correspondiente a los diferentes amparos, el Asegurado y/o los Beneficiarios deberán presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho amparado, de acuerdo con los términos de esta póliza.

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 de Siniestros o Formulario de Reclamación.
- Copia de Cédula o Partida de Nacimiento
- Partida de defunción original o copia autenticada
- Certificado de ser socio
- Tabla de Amortización
- Historial de Pago de Crédito.
- Certificado de Valor Insoluto pagar detallando capital + interés corriente + interés por mora.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Notificación de Siniestros o Formulario de Reclamación.
- Carné o Certificado de Incapacidad del Ministerio de Salud
- Copia de la cédula
- Tabla de Amortización
- Historial de Pago de Crédito
- Certificado de Valor Insoluto pagar detallando capital + interés corriente + interés por mora.
- Historia Clínica original
- En caso de novación del crédito se requerirá un certificado en donde se detalle saldo del crédito anterior vs el nuevo valor concedido por novación.

10. PAGO DE LA INDEMNIZACION:

La Compañía dentro del plazo de veinte (8) días calendario de recibido el aviso y/o la respectiva prueba de la ocurrencia del siniestro, acompañando los documentos determinados en la Póliza, procederá a pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, según sea el caso, u objetar por escrito motivadamente, dentro del plazo señalado.

11. 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

12. 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.

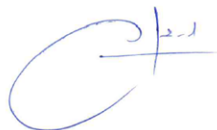
La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después si las acepta expresamente.

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.

“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 S.A

ASEGURADO PRINCIPAL