

R.U.C. 1791289927001  
 Compañía de Seguros y Reaseguros  
 QUITO: Av. González Suárez N32-345 y Coralia (esq.) I Piso: (02) 397 5000.  
 GUAYAS: Av. Francisco de Orellana, F-06, World Trade Center Torre A, piso 10 I Piso: (04) 211 8353.  
 CUEENCA: Av. Sucre y Av. 12 de Abril (esq.), Edif. Banco Pichincha, 5to piso I Piso: (07) 284 1900.  
 PORTOVEJO: Av. América 125 entre Av. Reyes Tamarindos y Ramón Fernández I Piso: (05) 265 7000.  
 Servicio al cliente: 1800 400-400



**CERTIFICADO – SEGURO DE VIDA COLECTIVO**  
**PAGO DE DEUDAS A LOS ACREEDORES DEL ASEGURADO POR MUERTE O INCAPACIDAD**  
**TOTAL Y PERMANENTE**

**PÓLIZA No: MTRZ-0000006957****CERTIFICADO No: 544858700****OFICINA O AGENCIA: DIGITAL****VIGENCIA DEL SEGURO: 28 de junio de 2028****DESDE: 28 de julio de 2024****HASTA: 28 de junio de 2028****FORMA DE PAGO:****DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL – DEUDOR**

Nombres y Apellidos:	MINA CAICEDO MARICELA ANTONIA		
Tipo de identificación	CEDULA	Número de documento:	2200412969
Fecha de nacimiento:	1988-08-14	Correo Electrónico:	maricelamina920@gmail.com
Celular:	0988205504	Teléfono Particular:	0988205504
Dirección de domicilio:	ORELLANA, PUTUMAYO B1		
Ciudad:	FRANCISCO DE ORELLANA		
Provincia:	ORELLANA		

TABLA DE COBERTURAS		
COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
Muerte Por Cualquier Causa	Deudor	Saldo insoluto de la deuda, Máximo USD. 40.000
Enfermedades Catastróficas	Deudor	Saldo insoluto de la deuda, Máximo USD. 40.000
Incapacidad Total y Permanente	Deudor	Saldo insoluto de la deuda, Máximo USD. 40.000
Servicio Exequial	Deudor	Servicio

\*Prima de acuerdo al anexo de tabla de amortización.

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

Otorgar las coberturas detalladas a continuación a los deudores de los créditos de consumo digitales otorgados por el Banco Pichincha C.A. hasta el saldo insoluto de la deuda.

**2. COBERTURAS:****» Muerte por cualquier causa no excluida:**

Si el Asegurado muere por cualquier causa no excluida, la Compañía pagará a la persona jurídica que tenga la calidad de acreedor beneficiario, el saldo insoluto de la deuda que el Asegurado mantenga a la fecha del siniestro, el cual comprende el capital más intereses corrientes (incluyendo los intereses de gracia) más 60 días de interés por mora más intereses re estructurados

### » Incapacidad Total y Permanente

Si el Asegurado menor de ochenta y cinco (85) 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.

La indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente o enfermedades catastróficas 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 y cinco (85) 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.

### » Enfermedades Catastróficas:

Con el diagnóstico médico que evidencie que el Asegurado sufre por primera ocasión durante la vigencia de la póliza, cualquiera de las siguientes enfermedades descritas a continuación y una vez certificado por la Institución médica autorizada y reconocida legalmente para ese fin, la Compañía pagará al beneficiario acreedor la suma estipulada en el certificado de seguro y/o carátula de la póliza, el cual comprende el capital más intereses corrientes (incluyendo los intereses de gracia), más intereses de mora por un tiempo máximo de 60 días.

Para efectos de esta cobertura se definen las enfermedades catastróficas o de alta complejidad así:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer
- Tumor cerebral en cualquier estado y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos (riñón, hígado, médula ósea.)
- Secuelas de quemaduras graves.
- Malformaciones arterio venosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóraco-abdominal.

### » Servicio Exequial

#### DETALLE DEL SERVICIO NACIONAL

Por la muerte del Asegurado, originada por cualquier causa, la Compañía facilitará los servicios funerarios a través de una entidad prestadora de esta clase de servicios, de acuerdo con los siguientes beneficios:

#### DETALLE DEL SERVICIO NACIONAL

- Trámites legales en el Registro Civil y en la Dirección de Salud
- Traslados a salas de velación y Camposanto
- Tanatopraxia
- Formolización
- Cofre madera lineal
- Sala de velación 24 horas según la definición del cliente en: Casa Girón (Salón Republicano), Centro de velaciones sur, camposanto o salas de velación afiliadas a nivel nacional.
- Servicio de cafetería

- Servicio telefónico local
- Libro de oraciones
- Rosario
- Servicio religioso de acuerdo al culto
- Arreglos florales

#### DESTINO FINAL:

Servicio exequial + espacio en arrendamiento o cremación en campo santo de Jardines del Valle y Casa Girón en Quito o filiales a nivel nacional por 4 años

Para los eventos en los cuales el Asegurado no haya utilizado el beneficio del servicio exequial, Seguros del Pichincha pagará un bono de hasta USD1.000 por gastos de sepelio para los cual se deberá presentar la factura original del camposanto en donde se hayan realizado los servicios funerarios del Asegurado fallecido.

#### EXCLUSIONES:

- Para la cobertura de muerte por cualquier causa, el suicidio tendrá cobertura a partir de la fecha de otorgamiento del crédito.
- Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente aplican las siguientes exclusiones:
  - Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
  - Tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia
  - Guerra civil o internacional
  - Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares
- Para la cobertura de Enfermedades Catastróficas, aplican las siguientes exclusiones:
  - Cualquier enfermedad preexistente a la contratación del seguro.
  - Tumores en la piel; cáncer in situ no invasivo en cualquier órgano.
  - Tumores cerebrales superficiales benignos.
  - Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.
  - Quemaduras de primer y segundo grado.

#### 3. 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.

#### 4. 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 son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.

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 (30) 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.

#### **5. 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.

#### **6. EDADES:**

**Edad mínima de ingreso.** - La edad mínima de ingreso a la Póliza de Desgravamen es de 18 años.

**Edad máxima de ingreso.** - Se establece que el máximo de ingreso para esta póliza es hasta los 74 años, 11 meses 29 días.

**Edad máxima de permanencia.** - Se establece que el máximo de permanencia es hasta los 85 años (exactos)

#### **7. BENEFICIARIO ACREEDOR**

En este seguro el beneficiario irrevocable a título oneroso será el BANCO PICHINCHA C.A., en caso de muerte, enfermedades catastróficas o incapacidad total y permanente del Asegurado hasta por el saldo insoluto de la deuda, sin necesidad de notificación judicial.

#### **8. AVISO Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO:**

El Contratante, Asegurado o Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso por escrito a la Compañía de toda lesión, pérdida o muerte sobre la cual pueda establecerse una reclamación, dentro de los 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.

#### **9. DOCUMENTACIÓN 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:

**Documentos Básicos a presentar para cualquier cobertura:**

- Carta de Aviso de Siniestro
- Partida de Nacimiento o cédula de identidad.
- Liquidación del crédito, acompañado de la tabla de amortización

En adición a los documentos detallados en la parte superior se deberán adjuntar los documentos detallados a continuación según la cobertura afectada:

**Muerte por Cualquier causa**

- Partida de defunción original

**Incapacidad total y permanente**

- Historia Clínica
- Certificado de la autoridad nacional competente.

**Enfermedades Catastróficas**

- Historia Clínica
- Certificado de la autoridad nacional competente
- Liquidación del crédito, acompañado de la tabla de amortización.

Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional establecida en las condiciones generales y/o especiales de la presente póliza en caso de ser necesario.

**9. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:**

La Compañía dentro del plazo de treinta (30) 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.

**10. TERMINACIÓN 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

## **11. 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.

## **12. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:**

**A. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA:** 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 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 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 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.

\_\_\_\_\_  
MINA CAICEDO MARICELA ANTONIA

**RESPONSABLE SEGUROS DEL PICHINCHA S.A.:**

DIRECCIÓN: Quito: Av. Coruña N26-231 y Orellana  
TELÉFONO: 1800 - 400 - 400  
CORREO ELECTRÓNICO: todoservicio@seg-pichincha.com

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente

certificado el registro número 50428 de 27 de agosto de 2018.