

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO No:

Póliza No.: 34338

SOLICITANTE

RUC	1791799070001
Nombre:	Fondo Privado de Cesantía de la Contraloría General del Estado, FCPC

ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre:	C.C./C.I. /Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:
Teléfono y correo:	Dirección:
Estado Civil:	Ciudad de Residencia:

Vigencia del Certificado: Desde las 12:00 horas del : DD/MM/AA
Hasta las 12:00 horas del: DD/MM/AA

Chubb Seguros Ecuador. S.A.; emite este certificado que ampara al Asegurado, las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, en cualquier lugar del mundo en que se encuentre, con las siguientes coberturas:

COBERTURAS	Titular	Cónyuge	Hijo	Padres
Muerte por Cualquier Causa	\$8.000,00	\$4.000,00	\$2.000,00	\$500,00
Muerte y Desmembración Accidental	\$8.000,00	No aplica	No aplica	No aplica
Incapacidad Total y Permanente	\$8.000,00	No aplica	No aplica	No aplica
Anticipo por Cáncer y Enfermedades Terminales	50%	No aplica	No aplica	No aplica
Gastos Mortuorios (hasta)*	\$500,00	\$500,00	\$500,00	No aplica
Beca Estudiantil **	\$4.000,00	\$4.000,00	No aplica	No aplica

(*) Cobertura bajo reembolso.

(**) Máximo hasta que termine los estudios o se agote la suma asegurada (lo que suceda primero).

PRIMA:

CALCULO DE LA PRIMA				
Prima Neta Anual:	3.5% S.B.S.	0.5% Seguro Campesino	Derecho de Emisión	Prima Total Anual
\$98,42	\$3,44	\$0,49	-	\$102,36

COBERTURAS:**COBERTURA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**

Ampara la muerte del Asegurado, por cualquier causa, excepto lo especificado en exclusiones, sobrevinida en cualquier lugar del mundo, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia del presente contrato de seguro.

COBERTURA DE MUERTE Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTALES

Si el Asegurado, mientras esté amparado bajo este seguro, sufre lesiones corporales accidentales, provenientes de medios externos, violentos y ajenos a su voluntad, y si dentro de noventa (90) días de ocurridas dichas lesiones, sufre la pérdida de los miembros detallados más abajo, como resultado directo de las mencionadas lesiones, la Compañía pagará, previa la presentación de los documentos requeridos, los siguientes porcentajes al propio Asegurado o a los beneficiarios, según corresponda, independientemente de la cobertura otorgada por la póliza:

Pérdida	Porcentaje
Pérdida de la vida	100%
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de ambos ojos	100%
Pérdida total del habla	100%
Pérdida total de la capacidad auditiva de ambos oídos	100%
Pérdida completa de ambos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de ambas piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y una pierna, o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y un pie, o de un brazo y un pie	100%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión	50%
Pérdida total de la capacidad auditiva de un oído	50%
Anulación de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES

Pérdida	Derecho	Izquierdo
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	15%	12%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	25%	25%
Pérdida de cualquier otro dedo de las manos	20%	20%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida	Porcentaje
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla), o un pie	50%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cms.	8%
Pérdida de cualquier dedo de cualquier pie	20%

Los porcentajes serán aplicados únicamente al monto del seguro contratado bajo esta cobertura.

En caso de que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de miembros superiores.

Pérdida de la mano o del pie significa la amputación o impotencia funcional, en, o por arriba de, la coyuntura de la muñeca o del tobillo, respectivamente; pérdida de la vista significa la falta total e irre recuperable de la vista; pérdida de cualquier dedo significa amputación del dedo entero.

En caso de sufrir más de una pérdida, en un mismo accidente, la Compañía no pagará más del cien por ciento (100%) del monto del seguro.

COBERTURA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Una vez iniciada la vigencia y estando la póliza en pleno vigor, si el Asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, la Compañía pagará al Asegurado el monto del seguro contratado, luego de ciento ochenta (180) días consecutivos de haber sido declarada la incapacidad por el médico de la Compañía.

A no ser que se estipule lo contrario, la cobertura por incapacidad total y permanente no es acumulable al seguro por muerte y por tanto, pagada la cobertura por incapacidad, la Compañía queda liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de muerte del Asegurado incapacitado.

Por incapacidad total y permanente se entenderá el estado de salud por el cual el Asegurado se encuentra impedido de ejercer alguna ocupación que le proporcione una remuneración pecuniaria acorde con su capacidad, fuerza laboral y formación práctica o teórica.

COBERTURA DE ANTICIPO POR CÁNCER Y ENFERMEDADES TERMINALES

1. COBERTURA:

La compañía pagará el límite establecido, siempre y cuando el Asegurado por concepto de este amparo, en el evento de diagnosticársele, durante su vigencia, que padece alguna de las enfermedades definidas y bajo las condiciones y términos que se establecen, y que no se encuentre en las exclusiones.

La Compañía pagará el monto contratado sólo si el Asegurado se encuentra vivo después del término de treinta (30) días a partir de la fecha del diagnóstico de las enfermedades definidas en los Numerales 2.1,

2.2, 2.4 y 2.5 anteriores, o treinta (30) días a partir de la fecha que se practicó la cirugía de la enfermedad a que se refiere el número 2.3 precedente.

El monto contratado es un anticipo en caso de diagnóstico positivo a las causas cubiertas en este anexo, excepto lo especificado en exclusión, y se establece como un porcentaje de la cobertura de muerte por cualquier causa.

Nota: En la cobertura de Anticipo, en caso muerte del Asegurado, mientras la póliza este vigente, por las causas cubiertas y si la cobertura de anticipo ya fue pagada, la cobertura de muerte por cualquier causa será la diferencia hasta completar la cobertura expresada en las condiciones particulares.

2. DEFINICIONES:

2.1. CANCER:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

2.2. INFARTO AL MIOCARDIO:

Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Hospitalización cuyo registro indique infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.
- b) Historial conteniendo el típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EEG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

2.3. ENFERMEDADES CORONARIAS:

Estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias que requieren ser corregidas por medio de una revascularización by-pass, realizada con posterioridad a los síntomas de angina de pecho.

2.4. ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO:

Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas de naturaleza permanente. Incluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.

2.5. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:

Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia de lo cual es necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

3. PERIODO DE CARENCIA:

Esta cobertura tendrá un período de carencia de noventa (90) días a contar de la fecha de vigencia inicial de este anexo o desde su rehabilitación. Así mismo, sólo tendrá validez para la obtención de la cobertura correspondiente, el primer diagnóstico de la enfermedad cubierta, emitido después de transcurrido dicho plazo

COBERTURA DE GASTOS MORTUORIOS:

En caso de muerte por cualquier causa de un Asegurado, la Compañía pagará directamente a la empresa de servicios mortuorios, en forma global, sin aplicación de deducible y hasta el límite máximo indicado en las condiciones particulares de la póliza, los gastos incurridos por concepto de mortuoria y sepelio que involucra:

- a) Costo de cofre mortuario, capilla ardiente, sala de velaciones, nicho perpetuo.
- b) Carroza y alquiler de dos automóviles para los familiares.
- c) Costo de cuatro cargadores, si fuere el caso.

LÍMITES EDAD:

Aplica para Titulares y cónyuges:

- Muerte por cualquier causa y Gastos Mortuorios entre 18 a 75 años. (100% de cobertura)
- Resto de coberturas hasta 70 años.
- Nuevos ingresos, hasta 65 años.

Aplica para padres:

- Muerte por cualquier causa entre 18 a 85 años cumplidos. (100% de cobertura)

Aplica para hijos:

- Muerte por cualquier causa y Gastos Mortuorios hasta un día antes de cumplir 18 años. (100% de cobertura).

EXCLUSIONES:

Exclusión para Muerte por Cualquier Causa:

- a) Esta póliza no cubre la muerte del Asegurado producida por suicidio, voluntario o involuntario, que ocurra dentro de los primeros dos (2) años de vigencia del presente contrato de seguro.

La exclusión se toma desde el día que el asegurado haya ingresado a la póliza, si el asegurado ya venía de la póliza anterior (con la anterior aseguradora) y cumple con el período de exclusión, quedará liberado de dicha exclusión.

Exclusión para Muerte y/o Desmembración Accidental:

- a) Tentativa de suicidio, o lesiones infringidas a si mismo voluntariamente, aun cuando los cometa en estado de enajenación mental.
- b) Intervención en cualquier tipo de competencias y/o carreras sobre ruedas, a caballo, en barcos, o esquí acuático.
- c) Guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra (ya sea declarada o no), motín, sublevación, conmoción civil, huelga, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, golpe militar, ley marcial o estado de sitio.
- d) Servicio militar del Asegurado en las fuerzas armadas de cualquier país o cuerpo internacional, ya sea en tiempo de guerra o de paz, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización.

En estos casos, la Compañía al ser notificada por el Asegurado, devolverá la prima correspondiente a esta cobertura al periodo que falte hasta el vencimiento de este Anexo.

- e) Viajes aéreos que se realicen en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros y que no operen sobre una ruta establecida, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- f) Ejecución de acciones o actos delictivos, infracciones a leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o privados relacionados con la seguridad de las personas, o al estar comprometido en cualquier actividad ilegal.
- g) Actos ejecutados a consecuencia de la influencia de drogas y/o alcoholismo.
- h) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales y los causados estando bajo la influencia de drogas o alcohol.
- i) Enfermedades, accidentes, lesiones orgánicas o trastornos funcionales originados con anterioridad al ingreso a este seguro.
- j) Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico de tales enfermedades, hernias o infecciones por optomanía o bacterianas, excepto infecciones piogénicas resultantes de heridas sufridas accidentalmente.

Exclusión para Incapacidad Total y Permanente:

- a) Tentativa de suicidio, o lesiones infringidas a si mismo voluntariamente, aun cuando los cometa en estado de enajenación mental.
- b) Intervención en cualquier tipo de competencias y/o carreras sobre ruedas, a caballo, en barcos, o esquí acuático.
- c) Guerra (declarada o no), cualquier acto de guerra o insurrección, huelga, motín, conmoción civil, asalto, servicio en cualquier fuerza militar de cualquier país, o desempeñando funciones como agente de policía de cualquier organización.
- d) Viajes aéreos que se realicen en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros y que no operen sobre una ruta establecida, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- e) Ejecución de acciones o actos delictivos, infracciones a leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o privados relacionados con la seguridad de las personas, o al estar comprometido en cualquier actividad ilegal.
- f) Actos ejecutados a consecuencia de la influencia de drogas y/o alcoholismo.
- g) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales y los causados estando bajo la influencia de drogas o alcohol.
- h) Enfermedades, accidentes, lesiones orgánicas o trastornos funcionales originados con anterioridad al ingreso a este seguro.
- i) Enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico de tales enfermedades, hernias o infecciones por optomanía o bacterianas, excepto infecciones piogénicas resultantes de heridas sufridas accidentalmente.

Exclusión para Anticipo de Cáncer y Enfermedades Graves

La cobertura otorgada por el presente anexo no cubre:

- a) Cáncer:
 - 1. Leucemia crónica linfocítica
 - 2. Cánceres no invasivos in-situ
 - 3. Cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
 - 4. Tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- b) Enfermedades Coronarias:
 - 1. Angioplastia de globo
 - 2. Técnicas que no requieren cirugía
- c) Apoplejía Cerebral:

Accidentes cerebro vasculares post-traumáticos, la Compañía no pagará el monto contratado bajo este anexo, si la enfermedad cubierta ha sido causa directa o indirecta de:

1. Lesión o padecimiento infringido a sí mismo intencionalmente.
2. Uso o abuso de drogas o alcohol
3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA
4. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva
5. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos
6. Lesiones corporales causadas por medios externos, violentos y accidentales.

Exclusión para Gastos Mortuorios

- a) No ampara los gastos mortuorios si la muerte ha sido por causa, o como resultado, de suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, si ocurriere dentro de los primeros dos (2) años de vigencia del seguro.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS:

BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO			
Nombres y Apellidos	C.I.	Porcentaje	Parentesco

En caso de existir beneficiario oneroso, el remanente corresponderá a los siguientes beneficiarios, caso contrario será la totalidad de la indemnización:

BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO			
Nombres y Apellidos	C.I.	Porcentaje	Parentesco

AVISO DE SINIESTRO:

Las acciones derivadas del contrato de seguro, prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el beneficiario o asegurado demuestre no haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que se tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco (5) años desde ocurrido el siniestro.

En caso de otras coberturas, el aviso de siniestro será de acuerdo a los plazos establecidos en las Condiciones de cada uno de los Anexos aprobados por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros.

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO

Muerte por cualquier causa:

1. Formulario de reclamación proporcionado por la compañía y firmado por el beneficiario.
2. Copia de la cédula de identidad del asegurado.
3. Certificado de autopsia o medicina legal.
4. Certificado de defunción.
5. Certificado de inhumación y/o sepultura.
6. Parte policial o acta de levantamiento de cadáver (en el caso que aplique).
7. Informe de las autoridades de tránsito en caso de muerte por un accidente automovilístico.
8. Copia de la Historia Clínica completa en caso de muerte natural.
9. Posesión efectiva de bienes, si los beneficiarios no estuvieren designados en la póliza.
10. Partidas de nacimiento o copias de las cédulas de identidad de los beneficiarios (en el caso que aplique)

Muerte Accidental:

1. Formulario de reclamación firmado por el beneficiario.
2. Copia de la cédula de identidad del asegurado.
3. Certificado de autopsia o medicina legal.
4. Certificado de defunción.
5. Certificado de inhumación y/o sepultura.
6. Parte policial o acta de levantamiento de cadáver.
7. Informe de las autoridades de tránsito en caso de muerte por un accidente automovilístico.
8. Informe o certificado del médico tratante.
9. Posesión efectiva de bienes, si los beneficiarios no estuvieren designados en la póliza.
10. Partidas de nacimiento o copias de las cédulas de identidad de los beneficiarios

Desmembración por accidente:

1. Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante.
2. Copia de la cédula de identidad del asegurado.
3. Copia de la Historia Clínica completa.
4. Informe o certificado de médico tratante detallando las causas y fecha de la desmembración.

Incapacidad Total y Permanente:

1. Formulario de reclamación firmado por el Asegurado,
2. Copia a color de la cédula de ciudadanía del Asegurado,
3. Certificado del médico principal del Asegurado detallando causas y fecha de la incapacidad total y permanente e historia clínica completa,
4. Certificado de discapacidad emitido por la autoridad competente
5. Informe del médico auditor de la Compañía certificando la incapacidad total y permanente del deudor asegurado.

Anticipo para Cáncer y Enfermedades Graves:

1. Formulario de reclamación firmado y sellado por el médico tratante
2. Copia de la Cédula de Identidad del asegurado
3. Copia de la Historia clínica completa
4. Informe del médico tratante
5. Antecedentes médicos con información clínica, radiológica, histológica y exámenes de laboratorio

La compañía podrá requerir de los médicos tratantes del asegurado, todos los antecedentes que ellos posean, y podrá solicitar al Asegurado someterse a los exámenes que le solicite para verificar el diagnóstico de la enfermedad

Gastos Mortuorios

1. Formulario de reclamación de cobertura llenado por los beneficiarios.
2. Certificado de defunción.
3. Partida de nacimiento o copia a color de la cédula de ciudadanía o de identidad del Asegurado fallecido.
4. Copia de la historia clínica completa en caso de muerte natural.
5. Autopsia de ley en caso de muerte accidental.
6. Nombre de la funeraria que estará a cargo del servicio mortuario.

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

Ciudad, xx de xxxxxxx de 20xx

El Contratante

La Compañía

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Certificado el registro número SCVS-1-2-SF-22-34004420-19062020 .