

**SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES**  
**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

No \_\_\_\_\_.

ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. certifica que el Señor(a) \_\_\_\_\_ portador(a) del documento de identificación No. \_\_\_\_\_, se encuentra asegurado bajo la póliza de seguros de accidentes personales No. \_\_\_\_\_ PRODUCTO \_\_\_\_\_ emitida por ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. con las siguientes coberturas:

<b>COBERTURA:</b>	<b>PLAN SALUD VITAL PERFECTO</b>	<b>PLAN SALUD VITAL MÉDICO</b>	<b>PLAN SALUD VITAL DENTAL</b>
Muerte accidental (titular)			
Gastos médicos por accidente (titular)			
Ambulancia por accidente bajo reembolso (titular)			
Canasta básica familiar por accidente (titular)			
Plan ambulatorio médico general (titular + familia)			
Plan ambulatorio médico especialidad (titular + familia)			
Plan ambulatorio odontológico (titular + familia)			
<b>Primas totales mensuales</b>	USD.	USD.	USD.
<b>PLAN SELECCIONADO (marcar con una X)</b>			

<b>ACCIDENTES PERSONALES:</b>			
<b>VIGENCIA:</b>	Treinta (30) días contados a partir de la fecha de realización del débito bancario	<b>DEDUCIBLE:</b>	Solo en caso de gastos médicos USD. _____
<b>EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA</b>	Ingreso desde dieciocho (18) años, permanencia hasta la edad de sesenta y nueve (69) años, once (11) meses y veintinueve (29) días	<b>PERIODO DE COBERTURA:</b>	La vigencia de este seguro es mensual. La cobertura y atenciones estarán vigentes siempre y cuando el Asegurado esté al día en los pagos.
<b>AVISO DE SINIESTRO:</b>	Notificación escrita dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ocurrencia del siniestro, llamando a los telfs 1700-742742 / 023948125 / 072882684	<b>PROCEDIMIENTO PARA RECLAMOS:</b>	La indemnización será efectuada dentro de los quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de toda la documentación necesaria para la prueba de la reclamación.
<b>BENEFICIARIO:</b>			

<b>EXCLUSIONES: ACCIDENTES PERSONALES</b>	<b>EXCLUSIONES: PLAN MÉDICO / ODONTOLÓGICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones bacterianas</li> <li>• Tratamiento médico quirúrgico</li> <li>• Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia</li> <li>• Suicidio o tentativa de suicidio (esté o no el asegurado en su sano juicio)</li> <li>• Participación en deportes y competencias extremas y peligrosas</li> <li>• Guerra civil o internacional, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad y operaciones de guerra (haya o no declaración de guerra), rebelión o sedición</li> <li>• Emisión de radiaciones, ionizantes o contaminación por radio actividad de cualquier combustible nuclear.</li> <li>• Mientras el asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.</li> <li>• Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergencias médicas.</li> <li>• Atenciones médicas sin previa cita.</li> <li>• Atenciones con prestadores que no integren la Red de Prestadores de Servicios.</li> <li>• Acumulación de beneficios o coberturas.</li> <li>• Medicamentos que no fueren considerados como medicinas cubiertas.</li> <li>• Enfermedades crónicas.</li> <li>• Cualquier servicio, medicina e insumos adicionales a los señalados expresamente en este certificado</li> </ul>

**PLAN AMBULATORIO MÉDICO Y ODONTOLÓGICO:**

ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. otorgará el servicio de Plan Ambulatorio Médico de especialidad y odontológico, para el titular, su cónyuge e hijos menores de veintitrés (23) años, a través del prestador de servicios, quien se encargará de proporcionar los servicios ofrecidos para lo cual utilizará su infraestructura y red de proveedores. Aplican exclusiones de acuerdo a lo que consta en el kit adjunto.

Cubre _____ consultas al mes con el médico general, cada consulta podrá tener una orden de receta médica siempre que se encuentren en el Vademécum Farmacéutico del plan y _____ consulta para médicos de especialidad (_____) en los centros en convenio. El Asegurado únicamente pagará en cada consulta médica el valor de USD. _____ y retirará las medicinas en las farmacias autorizadas. No aplica para enfermedades crónicas.
Cobertura odontológica, servicios de acuerdo a la tabla adjunta
Laboratorio clínico y de imagen, con precios preferenciales y descuentos
Descuentos hospitalarios
El Asegurado y sus dependientes pueden programar sus citas médicas u odontológicas llamando al 1700-742742 o al 02 3948125 o 07 2882684. Estas citas podrán ser programadas veinticuatro (24) horas posteriores de realizado el débito bancario

COBERTURA ODONTOLÓGICA				
Servicios	Periodicidad	Tipo	Cobertura	INCLUYE
Profilaxis	1 por año	Preventivo	100%	Plan _____
Aplicación de flúor	1 por año	Preventivo	100%	Plan _____
Una resina o una amalgama de hasta 5 superficies	1 por mes	No Emergencia	100% con pago de USD _____.	Plan _____
Una resina o una amalgama de hasta 5 superficies	1 por mes	Emergencia	100%	Plan _____
Urgencias – Odontalgia	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan _____
Rayos X peri apicales	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan _____
Extracción Simple	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan _____
Extracción en remanentes radiculares	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan _____
Endodoncia en anteriores, premolares y molares.	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan _____

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO:	
Por muerte accidental/Canasta Básica Familiar:	Por Gastos Médicos/Ambulancia (*) a causa de un accidente:
Formulario de reclamación.	Formulario de reclamación. (*)
Partida de nacimiento o copia de cédula de identidad del Asegurado fallecido.	Facturas originales de gastos incurridos. (*)
Partida de defunción.	Recetas médicas originales, orden original de exámenes o radiografías.
Certificado de Autopsia.	Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio
Parte policial o acta de levantamiento del cadáver.	Parte policial si lo hubiera. (*) - si es accidente de tránsito
Certificado de Inhumación y sepultura.	
Posesión efectiva del legítimo.	
Partidas de nacimiento o copias de cédulas de identidad de los beneficiarios.	

Declaro conocer que las condiciones generales de estos productos se rigen por los textos aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Acepto expresamente que he tomado el seguro contratado bajo las condiciones, términos y costos, informados por el proveedor, a través de la documentación que he suscrito y me ha sido entregada, cuyo texto declaro conocer, comprender y aceptar.

Declaro haber sido informado de forma previa, completa, clara y precisa sobre los términos de la cobertura contratada con ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.; y, autorizo expresamente a ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. que mantenga bajo custodia, física o electrónica, las facturas emitidas a mi nombre por concepto de estas coberturas. Las mencionadas facturas se mantendrán bajo su custodia hasta que sean solicitadas o descargadas por mi persona, o por quien expresamente yo autorice para el efecto. Las facturas podrán ser descargadas en la página <https://factura.ec/QBEcuador/> siguiendo los pasos ahí detallados.

### **AUTORIZACIÓN DE DÉBITO**

Autorizo a \_\_\_\_\_ a ordenar en mi nombre, que se debite de mi *cuenta de ahorros / cuenta corriente / tarjeta de crédito* \_\_\_\_\_ del Banco \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, mensualmente la cantidad de US\$ \_\_\_\_\_ correspondiente a la prima del seguro contratado, y me comprometo a mantener en mi cuenta el monto suficiente para cubrir los valores. Por otra parte, expresamente declaro que conozco y acepto voluntariamente que se dé por terminada la solicitud de seguro, si después de que \_\_\_\_\_ haga los intentos de débito durante cuarenta y cinco (45) días laborables, no se puede recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de mi cuenta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a \_\_\_\_\_.

### **CLÁUSULA DE LICITUD DE FONDOS:**

El(La) suscrito(a), en calidad de Asegurado(a) y/o el(la) solicitante, declaro bajo juramento, prevenido(a) de la gravedad del delito de perjurio, que el seguro contratado con ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no provienen ni provendrán de ninguna actividad relacionada con el narcotráfico, el lavado de activos o el financiamiento del terrorismo y sancionada en la Ley de Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. De igual manera declaro que el origen y destino de los fondos entregados en el presente o en futuras transacciones comerciales relacionadas con este contrato de seguros, tienen origen lícito y no guardan relación alguna con las actividades antes mencionadas.

Autorizo expresa y voluntariamente a ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de los fondos y bienes relacionados con, comprendidos en o amparados por este contrato de seguro; e, informar a las autoridades competentes, si fuera el caso, sobre los resultados de dicho análisis o verificaciones; así como autorizo de forma expresa, voluntaria e irrevocable a todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, a facilitar toda la información que ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. les requiera, inclusive facultando, anticipadamente, el levantamiento del sigilo bancario en caso de ser necesario, incluida la revisión y verificación de mis datos en los buró de información crediticia.

Eximo a ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. de cualquier responsabilidad administrativa, civil, penal o de cualquier otra naturaleza, que se le pretenda imputar como resultado del error o falsedad de mis declaraciones.

ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.

Firma Cliente  
C.C. \_\_\_\_\_

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

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, por efectos de control, asignó al presente certificado el registro No. 41646 del 3 de mayo de 2016.