

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

POLIZA N°:		CERTIFICADO N°:	
FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO:			
VIGENCIA DEL CERTIFICADO:	DESDE:	HASTA:	
DATOS DEL ASEGURADO:			
NOMBRE DEL ASEGURADO:			
CÉDULA O RUC:		DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:		EMAIL:	CIUDAD:
OCUPACIÓN U ACTIVIDAD:			
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:	
BENEFICIARIOS:			
FRECUENCIA DE VIAJES:			
PRIMA TOTAL:		FINANCIAMIENTO:	
COBERTURAS:			
BÁSICAS:		LÍMITE:	
Muerte accidental			
Incapacidad total o permanente			
Gastos médicos			
ADICIONALES:		SUBLÍMITE:	
Gastos de sepelio			
Gastos de ambulancia			
Renta mensual para canasta familiar			
Beca estudiantil			
Renta mensual por hospitalización por accidente			
EXCLUSIONES:			
Esta Póliza no ampara las pérdidas o daños que sean causadas directa o indirectamente por:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones bacterianas (excepto infecciones biogénicas que se deriven de cortadura o herida accidental). 2. Enfermedades de cualquier tipo. 3. Tratamiento médico quirúrgico (excepto el que se necesite a consecuencia de accidentes cubiertos por esta Póliza) 4. Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia. 5. Suicidio o tentativa de suicidio (esté o no el asegurado en su sano juicio). 6. Heridas auto infligidas intencionalmente. 7. Participación en deportes y competencias extremas y peligrosas. 8. Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, así como tampoco cubre pérdidas o daños a los miembros de la tripulación de cualquier aeronave. Mediante condiciones especiales a esta Póliza, la cobertura podrá extenderse a amparar al Asegurado cuando viaje como pasajero, o mientras esté subiendo a o esté bajando de un avión de pasajeros operado por una empresa área no comercial pero legalmente autorizada, en vuelo regular, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o en vuelo especial o contratado y manejado por piloto con la debida licencia al día y válida para el tipo de aviación y vuelo, entre aeropuertos establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo y que se encuentren en debido estado de mantenimiento y conservación. 9. Guerra civil o internacional, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad y operaciones de guerra (haya o no declaración de guerra), rebelión o sedición. 10. Emisión de radiaciones, ionizantes o contaminación por radio actividad de cualquier combustible nuclear. 11. Mientras el asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional. 12. Procesos médicos relacionados con el virus VIH o SIDA. 			

13. Cualquier acto terrorista.

Esta Póliza no cubre la hospitalización por:

- Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, enfermedades de órganos reproductivos de la mujer.
- Exámenes físicos de rutina o cualquier otro de laboratorios o exámenes de rayos X.
- Suicidio o tentativa de suicidio, esté o no el asegurado en su sano juicio.
- Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente.
- Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación de las mismas.
- Cualquier desorden mental o nervioso, o curas de descanso.
- Alcoholismo, uso de narcóticos, o de estupefacientes y tratamiento de los mismos
- Pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpado y servicio en las fuerzas armadas.
- Procesos médicos relacionados con el virus VIH o SIDA.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA RECLAMAR:

Para todas las coberturas:

- Formulario o aviso de accidente debidamente llenado.
- Cédula de identidad o ciudadanía (copia)
- Certificado, exámenes y recetas médicas
- Factura de gastos

Para muerte accidental:

- Partida de nacimiento del Asegurado (original o copia certificada)
- Acta de levantamiento de cadáver (original o copia certificada)
- Parte policial (copia certificada), si fuere necesario
- Partida de defunción (original o copia certificada)
- Copia del certificado de autopsia
- Posesión efectiva de bienes (original o copia certificada), si fuere necesario.
- Historia clínica y epicrisis

Para coordinación de beneficios:

- Copia de facturas presentadas en la otra compañía de seguros o de medicina prepagada.
- Liquidación original.

CLÁUSULAS ADICIONALES:

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, el valor

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 terminado este 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 _____.

DECLARACIÓN 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 perjuro, 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.

CONTROVERSIAS:

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de esta; las acciones contra el Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado. Las partes podrán, de común acuerdo, someter las diferencias que se originen en el presente contrato de seguro, a arbitraje o mediación, de conformidad con las normas de la Ley de Arbitraje y Mediación vigente. El Asegurado declara expresamente que ha leído y acepta, sin excepción alguna, las condiciones generales de la Póliza, sus anexos y las presentes condiciones particulares.

AUTORIZACIÓN:

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.

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.

ASEGURADO

ASEGURADORA

El Contratante y/o Asegurado podrá 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, ha asignado al presente certificado el número de registro 49155, con oficio SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00030552-O de fecha 17 de abril de 2018.