



Desafiamos lo establecido



PRODUCTO CONSUMO



DESGRAVAMEN + DESEMPLEO O IT + ASISTENCIA

OBJETO DEL SEGURO

Se otorgarán las coberturas con el fin de cubrir a la cartera de **créditos de consumo** de la cooperativa.

COBERTURAS	MONTO ASEGURADO	ALCANCE DE LA COBERTURA
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA	Aplica para el titular y / o cónyuge y/o unión de hecho legalizada
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA	Aplica para el titular y / o cónyuge y/o unión de hecho legalizada
DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL	CUOTA MÁXIMA USD 1.000 mensual (6 CUOTAS MÁXIMO)	Aplica para el titular
Asistencia en Casa	SERVICIO	2 evento al año

SUMA ASEGURADA MAXIMA

En caso de que un mismo Asegurado tenga más de un crédito, el cúmulo total asegurado cubierto no superará el monto de US\$ 170.000.



MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Cubre la muerte del asegurado originada por cualquier causa

❖ Exclusiones:

- El suicidio del Asegurado, el cual se cubrirá transcurrido el primer (1er) año de vigencia del contrato.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE



Incapacidad que resulte de una lesión corporal o enfermedad cuya existencia impida total y permanentemente que el Asegurado se dedique a cualquier trabajo remunerado o lucrativo.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

❖ Exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares

DESEMPLEO_DEPENDIENTE



Trabajador con relación de dependencia que pierde su empleo por causas ajenas y externas a su voluntad, dejando de percibir contra prestación alguna por su trabajo habitual personal y subordinado.

DESEMPLEO

❖ Exclusiones:

- Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.
- Renuncia o pérdida voluntaria (compra de renuncia) del trabajo del Asegurado.
- Visto bueno otorgado por la autoridad laboral.
- Disturbios populares, huelgas, motines, conmociones civiles, levantamientos populares, con miras al derrocamiento del gobierno.
- Entre otras.

INCAPACIDAD TEMPORAL_INDEPENDIENTE



Trabajador independiente que se incapacitare temporalmente a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido.

❖ **Deducible:**

- 7 días

- ❑ La Compañía pagará un (1) evento por año

INCAPACIDAD TEMPORAL

❖ Exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente.
- Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.
- Entre Otras

❖ GRUPO 1 - MONTOS MAXIMO DE \$ 170.000 EN CUMULO



- Edad mínima de ingreso : 18 años cumplidos
- Edad máxima de ingreso: 70 años, 11 meses, 29 días cumplidos
- Edad máxima de permanencia: 79 años, 11 meses, 29 días cumplidos

LÍMITES DE EDAD

❖ GRUPO 2 - MONTOS MAXIMO DE \$ 25.000 EN CUMULO



- Edad mínima de ingreso :
71 años cumplidos
- Edad máxima de ingreso:
74 años, 11 meses, 29 días
cumplidos
- Edad máxima de permanencia:
79 años, 11 meses, 29 días
cumplidos

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD



Los Requisitos de Asegurabilidad deberán cumplir el titular y cónyuge.

Todos los asegurados deben llenar el extracto o certificado individual.

Hasta 50.000 se cubre preexistencias. (solo en caso de fallecimiento)



SOLICITUD O CERTIFICADO INDIVIDUAL



- Documento en el cual se detalla en resumen las condiciones particulares del seguro.
- Buscan conocer los datos básicos del cliente y su estado de salud, a la firma del contrato.
- Es obligatorio llenar la declaración de salud, tanto titular como cónyuge.
- Los Extractos deben ser llenados por cada nueva operación crediticia.
- Deben ser firmados tanto titular como cónyuge.
- Los Extractos deben estar archivadas en el file del socio a custodio de la COAC.
- Los Extractos serán considerados como requisito en caso de un siniestro.

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: _____

Declaro en mi calidad de cónyuge del titular del crédito, 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: _____

EDAD	VALOR ASEGURADO	REQUISITOS
De 18 a 45 años , 11 meses , 29 días	De \$1 hasta \$150.000	Todos deben llenar la declaración de salud
	De \$150.001 hasta \$170.000	Todos deben llenar la declaración de salud + Exámenes Médicos
De 46 años a 59 años , 11 meses , 29 días	De \$1 hasta \$150.000	Todos deben llenar la declaración de salud
	De \$150.001 hasta \$170.000	Todos deben llenar la declaración de salud + Exámenes Médicos
De 60 años a 64 años , 11 meses , 29 días	De \$1 hasta \$150.000	Todos deben llenar la declaración de salud
	De \$150.001 hasta \$170.000	Todos deben llenar la declaración de salud + Exámenes Médicos
De 65 años a 70 años , 11 meses , 29 días	De \$1 hasta \$50.000	Todos deben llenar la declaración de salud
	De \$50.001 hasta \$170.000	Todos deben llenar la declaración de salud + Exámenes Médicos
De 71 años a 74 años	De \$1 hasta \$25.000	Todos deben llenar la declaración de salud

PROCEDIMIENTO EXAMENES MEDICOS



Sugerimos a la cooperativa la inclusión en su sistema y proceso de crédito los Requisitos de Asegurabilidad, de acuerdo con condiciones de la póliza, rango de edad y monto.

1

El ejecutivo de crédito deberá enviar el formato de solicitud al mail de la Aseguradora: requisitosdeasegurabilidad@seg-pichincha.com, con copia a la ejecutiva del Broker: michelle.trujillo@pazminojativa.com

2

El ejecutivo de Soporte Técnico de SDP recibirá el mail y direccionará la solicitud al prestador en el plazo máximo de un día laborable.

3

Para el agendamiento de la cita de los exámenes, en el plazo máximo de 24 laborable, el Prestador intentará comunicarse con el cliente hasta por 48 horas a los números telefónicos reportados en el formato.

PROCEDIMIENTO EXAMENES MEDICOS

4

El Prestador deberá coordinar la cita con la Unidad Médica y deberá comunicarse con el cliente para notificar los detalles de la consulta (24 horas). En caso de no poder contactarse con el cliente, el Prestador deberá informar a la Aseguradora la razón por la que no pudo ser contactado.

5

Si el cliente ha confirmado la cita se procede a realizar el examen médico.



6

El estado de los casos será remitido vía correo electrónico al ejecutivo de crédito con copia al bróker, con la finalidad que se pueda conocer si el riesgo fue aceptado o rechazado.

❖ CALIFICACION



- **Aceptado** = Riesgo ingresa a la cobertura de la póliza una vez sea notificado
- **Pendiente** = Solicitar exámenes adicionales para evaluar y determinar la calificación
- **Rechazado** = No puede ser asegurado, no ingresa a la cobertura de la póliza

NOTA: Los exámenes médicos no tienen costo

TEMAS PUNTUALES EN EXAMENES MEDICOS



En caso de que la calificación sea **RECHAZADA**, el socio puede solicitar los resultados siguiendo los siguientes pasos:

1. Enviar un correo a su ejecutivo de crédito donde refleje número de contacto y correo de su medico de cabecera.
2. Ejecutivo de crédito enviara la información del punto 1 al correo grupal requisitosdeasegurabilidad@seg-pichincha.com con copia al bróker michelle.trujillo@pazminojativa.com
3. Seguros del Pichincha en un plazo máximo 48 horas laborables deberá dar respuesta a la solicitud

Si el socio no tiene un medico de cabecera, se podrá entregar la información al medico de la cooperativa, siempre y cuando el socio haya autorizado por medio de un escrito.

SINIESTROS

❖ TIEMPO DE AVISO

- Contados a partir de la fecha de ocurrencia, notificado por escrito a la Aseguradora
- Este plazo aplica para presentación de aviso de siniestro y documentación del caso.

COBERTURA	TIEMPO
Muerte por Cualquier Causa	3 años
Incapacidad Total y Permanente	90 días
Desempleo e Incapacidad Temporal	90 días

DOCUMENTOS MÍNIMOS

❖ MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Notificación de aviso de siniestro por cualquier medio.
- Formulario de aviso de siniestro
- Certificado del Seguro o Extracto
- Declaración médica completa/ Para cúmulos de crédito superiores a \$50.000
- Copia de la cédula de ciudadanía o partida de nacimiento.
- Certificado de Saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro
- Tabla de amortización actualizada a la fecha de ocurrencia
- Estado de cuentas para aquellos casos que presenten morosidad.
- Certificado de defunción original
- Informe del levantamiento del cadáver en caso de requerirse
- Informe médico legal (autopsia) en caso de requerirse
- Parte policial en caso de muerte accidental.





Certificado de



❖ INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

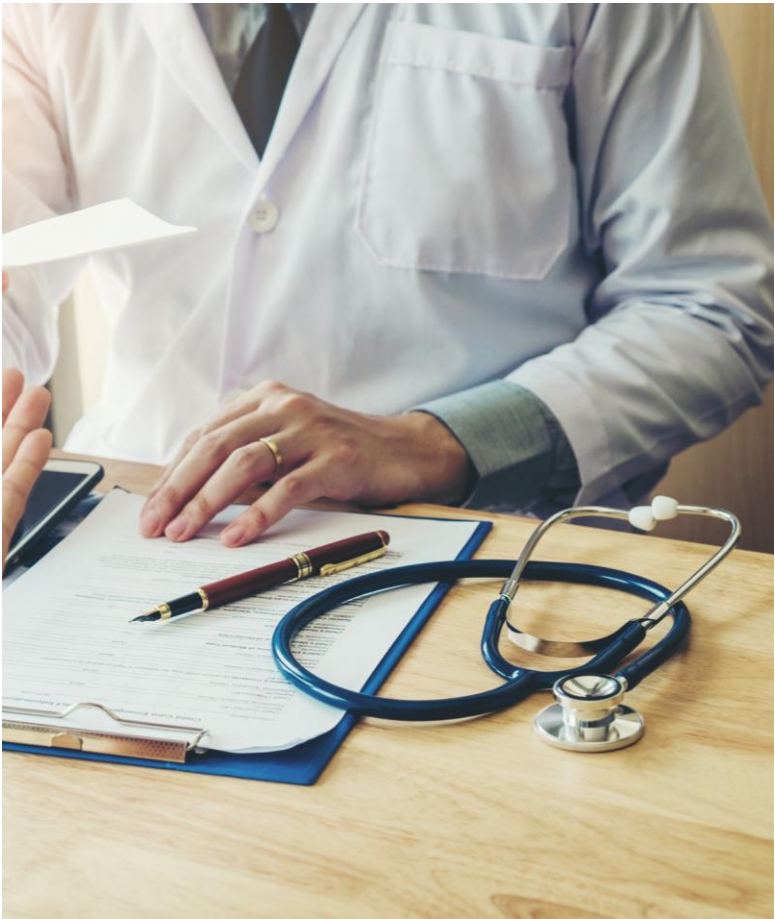
- Notificación de aviso de siniestro por cualquier medio
- Formulario de aviso de siniestro
- Certificado del seguro o Extracto
- Historia Clínica Completa
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Certificado de incapacidad Otorgado por el Ministerio de Salud Pública o del IESS.
- Certificado de Saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro.
- Tabla de amortización actualizada a la fecha de ocurrencia
- Estado de cuentas para aquellos casos que presenten morosidad.
- Parte policial en caso de requerirse

DESEMPLEO

DOCUMENTOS	TIPO DE EMPLEADO	
	PRIVADO	PUBLICO
Notificación de aviso de siniestro por cualquier medio	X	X
Formulario de aviso de siniestro	X	X
Copia de la solicitud o certificado del seguro firmado por el asegurado	X	X
Acta de Finiquito emitida por el Ministerio de Trabajo.	X	
Copia del aviso de entrada y salida emitida por el IESS	X	X
Copia del contrato de trabajo vigente a la fecha de siniestro	X	X
Tabla de amortización actualizada	X	X
Certificado de no aportación emitido por el IESS, documento entregable mensual.	X	X
Acción de personal o Certificación emitida por el Ex Empleador.		X

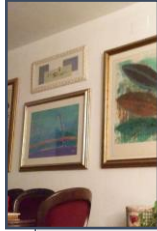


INCAPACIDAD TEMPORAL



DOCUMENTOS
Notificación de aviso de siniestro por cualquier medio
Formulario de aviso de siniestro
Copia de la solicitud o certificado del seguro firmado por el asegurado
Copia simple de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
Certificado de incapacidad / Invalidez (Temporal) emitido por una entidad Sanitaria competente
Certificado de afiliación al IESS.
Tabla de amortización actualizada a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ASISTENCIA EN CASA



COLOCACIÓN DE
CUADROS



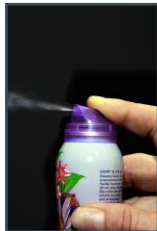
REVISIÓN DE
TOMACORRIENTE



INSTALACIÓN DE
LUMINARIAS



INSTALACIÓN DE OJO
MÁGICO



LUBRICACIÓN DE
PUERTAS Y VENTANAS



INSTALACIÓN DE
DUCHAS ELECTRICAS



INSTALACIÓN DE
PERSIANAS

ANEXOS



FORMULARIO EXAMENES MEDICOS

ENTIDAD FINANCIERA	NOMBRE OFICIAL DE CREDITO	DIRECCION CORREO OFICIAL DE CREDITO	EJECUTIVO BROKER	APELLIDO PATERNO ASEGURADO	APELLIDO MATERNO ASEGURADO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CALIDAD ASEGURADO	CI _ASEGURADO
COOPERATIVA AHORRO Y CREDITO COOPROGRESO			YAJAIRA BUSTAMANTE						

FECHA_NACIMIENTO ASEGURADO	EDAD	SEXO	DIRECCION ASEGURADO	E-MAIL_ASEGURADO	TELEFONO 1	TELEFONO 2	CIUDAD	MONTO SOLICITADO	PLAZO

SALDO_PRESTAMO ANTERIOR	FECHA_PRESTAMO ANTERIOR	CUMULO_TOTAL DEUDA	ESTADO_SALUD ASEGURADO	POLIZA	FECHA SOLICITUD ASESOR	REQUISITOS MEDICOS_SDP	FECHA_ENTREGA	FECHA_ENTREGA _SDP
						ESPACIO SEGUROS DEL PICHINCHA	ESPACIO SEGUROS DEL PICHINCHA	ESPACIO SEGUROS DEL PICHINCHA

CERTIFICADO-SOLICITUD SEGURO



1000 400 400
info@segurosdelpichincha.com
www.segurosdelpichincha.com

COMPañA DE SEGUROS Y REASEGUROS
RUC: 179129927001

Quito: Av. General Suñer 100 (4to y Coruña) (P.O. BOX 200 2000)
Guayaquil: Av. Justo Corrajo y Francisco de Orellana, Torneo Pichincha, Piso 12 (P.O. BOX 2118353)
Cuenca: Av. Solano y Av. 12 de Abril (P.O. BOX 1000)
Manta: Av. Velasco entre calles 23 y 24, 6to. Manta Business Center

Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante "La Compañía" y quien(es) más adelante se designe con el nombre de Contratante y/o Asegurado convienen en celebrar el presente Contrato de Seguro, sujeto a las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, particulares y especiales, teniendo en prelación las últimas sobre las primeras.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos:		
Nº Cédula de Identidad: ☐	Pasaporte ☐	Número de documento:
Fecha de nacimiento:	Estado Civil:	Nacionalidad:
Celular:	Teléfono particular:	
Dirección de domicilio:		
Dirección trabajo:		
Ciudad:	Provincia:	Cantón:
País Origen:		
Email:		
Ingresos:		Patrimonio:

DATOS DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos:		
Nº Cédula de Identidad: ☐	Pasaporte ☐	Número de documento:
Fecha de nacimiento:	Estado Civil:	Nacionalidad:
Actividad económica:	Ocupación:	

SEGURO DE VIDA GRUPO SOLICITUD-CERTIFICADO

PÓLIZA No: 7821

CERTIFICADO No:

VIGENCIA DEL SEGURO: DESDE:

HASTA:

FORMA DE PAGO:

MONEDA: DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

CONTRATANTE: COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO POLICIA NACIONAL

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
Muerte por cualquier causa	Aplica para el titular y / o cónyuge y/o unión de hecho legalizada	Saldo insoluto de la deuda
Incapacidad total y permanente	Aplica para el titular y / o cónyuge y/o unión de hecho legalizada	Saldo insoluto de la deuda
Desempleo e Incapacidad temporal	Aplica para el Titular	Cuota máxima USD 1.000 mensuales (8 cuotas máximo)
Asistencia en casa	2 eventos al año	Servicio

* La prima a pagar está de acuerdo según generado en la tabla de amortización

CONDICIONES DEL SEGURO

1. OBJETO DEL SEGURO:

Se otorgarán las coberturas detalladas a continuación con el fin de cubrir el saldo insoluto de los créditos de consumo otorgados por La COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOPROGRESO a sus socios que hayan firmado la respectiva constancia de aceptación del seguro.
Para poder revisar las condiciones del seguro escanea el código QR:



DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

A. Libre y voluntariamente, consiento la contratación de los siguientes productos de seguro, durante la vigencia detallada en el presente certificado individual de seguro.

☐ Acepto contratar el seguro de vida PÓLIZA No: 7821

B. 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.

C. SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, se reserva todos los derechos que puedan asistirle y 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 de conformidad a la normativa vigente.

D. Declaro que mi estado de salud es normal. Si () No ().

E. Declaro que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, VIH, sida, 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

FORMULARIO AVISO DE SINIESTRO

R.L.C. 1791289627001
Compañía de Seguros y Reaseguros
QUITO: Av. González Suárez 832-346 y Concha (seq.) P.O. (02) 397 5500.
GUAYAS: Av. Planicie de Oro 1000, ECL World Trade Center Torre A, piso 18 P.O. (04) 211 8353.
CAENEA: Av. Solano y Av. 12 de Abril (seq.) ECL Banco Pichincha, 5to piso P.O. (07) 284 1900.
PORTOBUENO: Av. América 128 entre Av. República y Avenida Fariñas P.O. (09) 295 7990.
Servicio al Cliente: 1600 400-400



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RAMO DE VIDA

Fecha de notificación:

PÓLIZA No.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:	Nombres:	
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:	
Empresa:	Correo electrónico:	
Ciudad:	Teléfono:	Celular:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:	Nombres:
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:
Celular:	Correo electrónico:

Descripción de lo ocurrido:

DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente:
Diagnóstico específico de la enfermedad/ muerte, hospitalización, otros
Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación por esta enfermedad? Indique el porcentaje
Nombre del médico tratante:



Michelle Trujillo
Jefe de Cartera y Producto Senior



www.pazminojativa.com

Contacto Broker

- **Jefe de Cartera y Producto**

Ing. Michelle Trujillo

- **Celular:** 096 007 5834

- **Correo:**

michelle.trujillo@pazminojativa.com

