Expresamente declaro conocer y aceptar los siguientes términos o directrices generales del Seguro que voluntariamente he contratado con SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

1. Los datos que he consignado en el formulario previo, son reales y verdaderos, por lo que, no he omitido ni falseado ningún dato y/o información, que pudiere ser o no relevante para la cobertura que brinda SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.
2. Me he informado debidamente sobre el Seguro que estoy contratando, incluyendo los derechos y obligaciones que me asisten.
3. He leído, comprendido y aceptado las condiciones particulares, coberturas, valores aseguradas, exclusiones, plazos y documentos necesarios para presentar reclamos, vigencia, y demás términos y condiciones del Seguro, los cuales se encuentran en este documento.
4. Conozco y acepto que la cuota debe ser cancelada en su totalidad a PYCCA S.A., caso contrario, en caso de falta de pago y/o retraso y/o demora en la acreditación de la misma a PYCCA S.A. entiendo y acepto que esta última queda liberada de toda responsabilidad y obligación de indemnizar un reclamo en caso de ocurrir un siniestro. Adicionalmente, declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de actividades lícitas, permitidas por la Ley.
5. De igual manera autorizo a que sea debitada de manera recurrente, del conducto CLUB PYCCA registrado en el Formulario de la pagina web de PYCCA (CLUB PYCCA) los valores contratados, por PYCCA S.A. La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediate una comunicación ENTREGADA A PYCCA S.A. Y DIRIGIDA A SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. realizada con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.
6. Si requiero una copia del certificado donde se detalla informacion de la poliza a la cual voluntariamente me adhiero, reconozco que tengo el derecho de solicitarla a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. y, esta última me la proporcionará dentro de los quince días siguientes a mi solicitud.

Expresamente libero a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. de toda responsabilidad y/u obligación, por incumplimiento de mis obligaciones con cargo a la póliza y a la legislación aplicable.

Declaración de origen de fondos y autorización

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos.

Faculto a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que la información consignada y/o, la que proporcione personalmente por otros medios a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A., podrá ser administrada y en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, almacenada, usada o puesta en circulación por la Aseguradora a sus distintos proveedores de servicios, a fin de que yo pueda acceder a los distintos beneficios y servicios que conferirá la póliza cuya contratación estoy solicitando, y pueda ser remitida a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas.

Eximo a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A., de toda responsabilidad inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.

IMPORTANTE:

En los casos de SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política “Conozca a su Cliente”, estipulada en la normativa legal vigente en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos.

COBERTURAS

COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS	*VALORES ASEGURADOS MÁXIMOS POR PERSONA
VIDA DEUDORES (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)	SALDO DE DEUDA HASTA USD 3,000.00
DESEMPLEO E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL	HASTA OCHO (8) CUOTAS DE MÁXIMO USD 75 C/U
ENFERMEDADES GRAVES	SALDO DE DEUDA HASTA USD 600.00
CALAMIDAD FAMILIAR	HASTA CUATRO (4) CUOTAS DE MÁXIMO USD 75 C/U

*El valor asegurado para cada persona será igual al saldo de la deuda contraída con el contratante a la fecha del siniestro, excluyendo los intereses del plazo del crédito y los intereses de mora, y hasta el valor asegurado máximo por persona, en base al listado entregado a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

DEDUCIBLES

Desempleo e Incapacidad Laboral Temporal: el deducible corresponde a los primeros treinta (30) días calendario consecutivos, contados desde el día de ocurrencia del siniestro, durante los cuales no se indemnizará suma alguna al contratante.

PERÍODO DE CARENCIA:

Para la Cobertura de Desempleo:

El periodo de carencia corresponde a los dos (2) meses contados a partir de la fecha de concesión del crédito.

Si el desempleo se produce durante este período, el deudor asegurado pierde el derecho al pago de la indemnización por dicho evento, por consiguiente, los despidos intempestivos que ocurran pasados los dos (2) meses están amparados bajo este anexo.

• BENEFICIARIO(S) EN CASO DE FALLECIMIENTO:

Nombre Completo	**Valor**
PYCCA S.A.	Saldo de Deuda

VALOR DEL SEGURO: USD 1.00 (valor incluye impuestos)

DETALLE DE COBERTURAS

VIDA DEUDORES (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA): La Compañía indemnizará al Contratante hasta el valor asegurado contratado, por la muerte del Deudor Asegurado, ocurrida en cualquier parte del mundo, en cualquiera de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, por cualquier causa, estando esta Póliza en pleno vigor y durante el plazo del crédito concedido.

DESEMPLEO E INCAPACIDAD: La Compañía pagará al Contratante / Beneficiario, hasta el valor asegurado contratado, estando esta Póliza en pleno vigor, cuando la falta de pago de las cuotas mensuales de amortización de los préstamos otorgados por el Contratante al Deudor Asegurado se origine por:

a. Incapacidad laboral temporal que sufra el Deudor Asegurado, que le impide realizar su actividad profesional, como consecuencia de enfermedad o accidente y que requiere de asistencia médica.

b. Desempleo, entendiéndose por tal, la pérdida de la ocupación laboral del Deudor Asegurado, por circunstancias que no le sean imputables.

ENFERMEDADES GRAVES (CAPITAL INDEPENDIENTE)

La Compañía indemnizará al contratante, al ser diagnosticado por primera vez, con alguna de las enfermedades cubiertas por esta póliza. las enfermedades graves que se cubren siempre que sean diagnosticado durante el período de vigencia de esta póliza son: cáncer, derrame cerebral, infarto de miocardio, trasplante renal y cirugía de by-pass arteriocoronaria.

CALAMIDAD FAMILIAR

La Compañía indemnizará al contratante hasta el valor asegurado contratado, por muerte por cualquier causa del asegurado adicional, ocurrida en cualquier parte del mundo y en cualquiera de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, por cualquier causa, es decir, tanto por accidente como por enfermedad, estando esta póliza en pleno vigor.

Entiéndase por asegurados adicionales:

Cónyuge o conviviente legal e hijos legalmente reconocidos por el titular.

La Cobertura de Calamidad Familiar cubre máximo cuatro (4) cuotas de máximo USD 75,00 cada una.

La compañía no cubre el suicidio del asegurado durante el primer año de haber estado amparado ininterrumpidamente en la póliza.

LÍMITES DE EDAD

TITULAR Y CÓNYUGE

Para todas las coberturas será desde el día que cumplan 18 años, hasta el día que cumplan 69 años de edad para el ingreso a la póliza y hasta el día que cumplan los 70 años de edad para la permanencia en la póliza.

HIJOS:

Las edades de los hijos asegurados deben de estar comprendidas desde el día que cumpla 1 años de edad al momento de contratar el crédito, hasta el día que cumplan los 23 años de edad al 100% de la cobertura.

Cabe señalar que para Cónyuge e hijos únicamente aplica para la cobertura de Calamidad Familiar.

EXCLUSIONES

DESEMPLEO E INCAPACIDAD:

PARA INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL: Cuando la incapacidad sea consecuencia directa de uno o varios de los siguientes hechos o circunstancias:

- Dolo o culpa grave del deudor asegurado.
- Enfermedades o accidentes pre-existentes a la concesión del crédito y conocidas por el deudor asegurado, a menos que dichas enfermedades o accidentes hayan sido dadas de alta definitiva con doce (12) meses de anterioridad a dicha concesión.
- Embarazo, parto, aborto, así como sus consecuencias o secuelas.
- Heridas autoinflingidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el deudor asegurado en uso de sus facultades mentales.
- Cirugía estética y sus consecuencias.
- Enfermedades mentales de cualquier naturaleza.
- Dolores de espalda, lumbago, ciática u otra enfermedad de la columna vertebral o de la pelvis, a menos que haya prueba externa de una lesión como consecuencia de un accidente.
- Enfermedad derivada del sida y vih y sus consecuencias.
- Guerra declarada o no, conmoción civil, revuelta popular, motín, servicio en las fuerzas armadas (ejército, aviación y naval) y policía.
- Epidemias oficialmente declaradas

DESEMPLEO:

Cuando el desempleo sea consecuencia directa de uno o varios de los siguientes hechos o circunstancias:

- Dolo o culpa grave del deudor asegurado.
- Vencimiento del contrato de trabajo pactado a término fijo o por finalización de la obra o labor contratada. Terminación del contrato de trabajo como consecuencia de enfermedad o accidente.
- Visto bueno otorgado por las autoridades laborales.
- Cese voluntario de la actividad.

Personas excluidas:

- Personas que a la fecha de recibir el crédito sean trabajadores independientes, excepto para incapacidad laboral temporal. - Personas que a la fecha de recibir el crédito se encuentren en estado de incapacidad laboral temporal.
- Personas que desempeñen cargos públicos de libre nombramiento o remoción.
- Personas que hayan trabajado por un período menor a seis (6) meses, inmediatamente anteriores a la fecha de recibir el crédito.

ENFERMEDADES GRAVES

No cubre, por tanto no se paga ningún beneficio si la enfermedad grave cubierta ha sido causa directa o indirecta de:

- Alcoholismo y/o drogadicción.
- Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del asegurado o sus beneficiarios.
- Síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida) o infección por HVI.

Tampoco cubre:

En cáncer:

- Cáncer no-invasivo in-situ.
- Cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.
- Tumores debido a la presencia del virus de inmuno deficiencia adquirida (Sida).

En derrame cerebral:

- Ataque isquémico transitorio.

En cirugía de by-pass arteriocoronaria:

- Angioplastia de globo.
- Tratamiento por láser y todas las otras técnicas que no requieren la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas o por tumoraciones intracardiacas o alteración congénita

CALAMIDAD FAMILIAR:

Ninguna.

La compañía no cubre el suicidio del asegurado durante el primer año de haber estado amparado ininterrumpidamente en la póliza.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

El beneficiario de esta Póliza deberá notificar por escrito a Pycca S.A. y/o a la Aseguradora el fallecimiento del asegurado cuando tenga conocimiento de la existencia del beneficio hasta un límite máximo de dos (2) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro, para las demás coberturas el plazo máximo de aviso será de sesenta (60) días, siempre que el asegurado se encuentre al día en sus pagos. Caso contrario será considerado como extemporáneo y perderá los derechos a los beneficios establecidos en esta Póliza, liberando a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. del pago de la indemnización que habría correspondido.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

El inicio de la vigencia será a partir de su primer consumo con credito Club Pycca su primer consumo con credito Club Pycca y mientras mantenga alguna obligación financiera vigente.

La cobertura estará vigente, mientras se realicen los débitos, existe un periodo de gracia de 90 días, en caso de que el débito no sea exitoso, la cancelación del seguro se realizará de forma automatica.

FACTURACIÓN

En caso de requerir las facturas de la Póliza que usted mantiene en SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. deberá acercarse a nuestras oficinas o comunicarse al 1800-378466, un ejecutivo de Servicio al Cliente entregará los comprobantes de venta, previa a la verificación de sus datos personales.

Este cambio en la entrega de las facturas se encuentra debidamente autorizado por el Servicio de Rentas Internas, mediante oficio No. 91792013OSTN000469 del 14 de marzo de 2013.

IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES

Al valor de las primas netas se deberán cargar los impuestos establecidos por la ley, el 3.5% para la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, el 0.5% Seguro Campesino. Estos valores podrán ser modificados siempre y cuando así lo establezca la ley.

Matriz Quito: De Las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados, Edificio Equinoccial.