

Equivida Compañía de Seguros S.A. certifica que usted, al haber aceptado voluntariamente éste producto, a través de llamada telefónica, se encuentra asegurado bajo la Póliza No. 1500006174 cuyo Contratante es TIENDEC S.A., bajo las siguientes coberturas y montos:

COBERTURAS	MONTO MÁXIMO ASEGURADO
VIDA DEUDORES (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)	USD 5,000.00*
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA	USD 5,000.00*
DESEMPLEO E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL	USD 900.00**
ALO DOCTOR CON VIDEO LLAMADA	SERVICIO
PLAN DENTAL	SERVICIO

*El valor asegurado para cada persona será igual al saldo de la deuda contraída con el Contratante reportado mediante comunicación del Contratante, incluyendo los intereses del plazo del crédito y los intereses de mora incluyendo un plazo de 60 días, hasta el valor asegurado máximo por persona.

**La cobertura de Desempleo e Incapacidad Laboral Temporal cubre máximo seis (6) cuotas de máximo USD 150.00 cada una.

ACLARACIONES:

En caso de siniestro por fallecimiento o desempleo mientras el cliente mantenga activo y con compra su crédito directo, se liquidará según el saldo de deuda que mantenga el cliente con el contratante TIENDEC S.A. (a la fecha del siniestro) Si el fallecimiento o desempleo ocurre cuando el cliente no tiene deuda alguna con el contratante TIENDEC S.A., se liquidará un monto fijo por fallecimiento de USD 1,000.00 y para la cobertura de desempleo se pagará una sola cuota de USD 300.00.

Se podrá utilizar durante la vigencia de la póliza el servicio dental y Aló doctor con video llamada siempre y cuando el cliente se encuentre al día en el pago de las primas del seguro.

LÍMITES DE EDAD:

Para todas las coberturas será desde el día que cumplan 18 años de edad, hasta el día que cumplan 74 años de edad para el ingreso a la póliza y hasta el día que cumplan los 75 años de edad para la permanencia en la póliza.

TIEMPO DE CARENCIA DEL PLAN DENTAL: 30 días

PROCESO DE ATENCIÓN PLAN DENTAL: Llamar al 1800 EQUIVIDA (1800 378 484) opción 2 a nivel nacional.

PROCESO DE ATENCIÓN ALO DOCTOR CON VIDEO LLAMADA:

Para solicitar el servicio el cliente deberá llamar al 1800 EQUIVIDA (1800 378 484) opción 2 asistencias, opción 7, opción 1 o por medio de la página web. www.equivida.com.

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE FALLECIMIENTO CUANDO EL CLIENTE MANTENGA DEUDA:

El beneficiario de esta póliza para la cobertura de Vida y Desempleo será TIENDEC S.A.

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE FALLECIMIENTO CUANDO EL CLIENTE NO TENGA DEUDA:

El beneficiario de esta póliza para la cobertura de vida y desempleo serán los herederos legales del cliente.

VALOR DEL SEGURO TITULAR: USD 2.99 INCLUIDO IMPUESTOS

VIGENCIA DEL CERTIFICADO:

Desde: Fecha de aceptación

Hasta: Mientras mantenga deuda con el contratante y se encuentre al día en el pago de la prima

Quito: De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

Guayaquil: Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

Cuenca: Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

Telf.: 1800 Equivida (37 84 84)

**EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA:
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA:**

No cubre ninguna incapacidad que provenga o tenga su origen en:

- Enfermedades o accidentes originados con anterioridad al ingreso a este seguro.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por accidente o por enfermedad.
- Guerra declarada o no, conmoción civil, revuelta popular, motín, servicio en las fuerzas armadas (ejército, aviación y naval) y policía.
- Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, así como también como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- Heridas autoinflingidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el Deudor Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- Enfermedades mentales de cualquier naturaleza.
- Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- Infecciones bacterianas (excepto infecciones piogénicas que deriven de cortaduras o heridas accidentales).
- Lesión corporal que dé lugar a formación de hernias.
- Lesiones a consecuencia del ejercicio de una ocupación o actividad deportiva distinta a las declaradas, salvo que el Contratante haya notificado de la nueva ocupación o actividad deportiva por escrito a la Compañía y que esta haya aceptado el nuevo riesgo por escrito.

DESEMPLEO E INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL:**A.-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.

B.-Para: 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.

c.- 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.

Quito: De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

Guayaquil: Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

Cuenca: Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

Telf.: 1800 Equivida (37 84 84)

EXCLUSIONES ALO DOCTOR CON VIDEO LLAMADA

- No incluye servicios de Salud considerados como de segundo nivel o tercer nivel de atención o especialidades.
- No incluye servicios de salud con médicos a domicilios.

EXCLUSIONES DEL PLAN DENTAL

- Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado en la póliza.
- Procedimientos que exijan hospitalización o atención domiciliaria.
- Procedimientos prestados por instituciones u odontólogos no inscritos en la red.
- Procedimientos no autorizados por el odontólogo orientador.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

El beneficiario de esta Póliza deberá notificar por escrito a la Aseguradora el fallecimiento del asegurado cuando tenga conocimiento de la existencia del beneficio hasta un límite máximo de tres (3) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro, para las demás coberturas el plazo máximo de aviso será de ciento veinte (120) días. Caso contrario será considerado como extemporáneo y perderá los derechos a los beneficios establecidos en esta Póliza, liberando a Equivida S.A. del pago de la indemnización que habría correspondido.

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTRO:**VIDA DEUDORES (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA):**

- Formulario de reclamación.
- Copia de cedula de identidad del asegurado.
- Partida de defunción.
- Certificado de TIENDEC S.A (con el monto de la deuda a la fecha de fallecimiento).

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA:

- Formulario de reclamación.
- Certificado médico detallando causas y fecha de la incapacidad.
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.
- Certificado de TIENDEC S.A (con el monto de la deuda a la fecha en que se determina la incapacidad total y permanente por el médico de la compañía se seguros).

POR DESEMPLEO:

- Aviso de siniestro por desempleo firmado por el deudor asegurado.
- Copia del acta de finiquito.
- Cada mes el asegurado debe presentar copia de no afiliación al IESS.

TIENDEC S.A debe presentar:

- Documento donde conste el nombre deudor desempleado.
- Valor de las cuotas mensuales del crédito y la fecha de vencimiento de las mismas.

POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL:

Formulario de reclamación firmado por el deudor asegurado y por el medico indicando la enfermedad o accidente y sus causas, además si la dolencia le impide dedicarse a su actividad profesional, fecha de la incapacidad y pronóstico de duración de la misma.

Si la duración de la incapacidad temporal es superior a noventa (90) días, el Deudor Asegurado deberá enviar a la Compañía, a través del Contratante, mensualmente, una certificación del médico y de la empresa como constancia de que continua su incapacidad, para que se efectúe el pago, hasta el momento que cese la incapacidad temporal o se declare como total y permanente.

Quito: De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

Guayaquil: Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

Cuenca: Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

Telf.: 1800 Equivida (37 84 84)

La Compañía no realizará el pago de la prestación sin recibir dicha constancia.

La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Deudor Asegurado por un médico designado por ella.

Conozco que me enviarán el certificado del seguro y los términos y condiciones a mi correo electrónico, entregado a TIENDEC S.A., además conozco y acepto que puedo solicitar información sobre mi seguro al 1800 (378484) o en la página web www.equivida.com

Declaro expresa e irrevocablemente que los valores que se entregan para el pago del seguro tienen un origen lícito, permitido por las leyes del Ecuador, faculto a Equivida S.A., a proceder con la comprobación de esta declaración y la eximo de toda responsabilidad, inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.

En caso de que el correo electrónico proporcionado sea incorrecto Equivida Compañía de Seguros S.A. queda libre de toda responsabilidad de envío de la información.

IMPORTANTE:

El presente certificado no constituye la Póliza de Seguro, es solo un resumen de las coberturas otorgadas.

Fecha de emisión: Fecha de aceptación.



Firma Autorizada
EQUIVIDA COMPAÑÍA DE
SEGUROS S.A.

Firma

(NOMBRE DEL ASEGURADO)

CI/PAS:

Quito: De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

Guayaquil: Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

Cuenca: Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

Telf.: 1800 Equivida (37 84 84)