



CERTIFICADO DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES
EDUCACIÓN PROTEGIDA - PLAN 2
SOLICITUD / CERTIFICADO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: NUNES Apellido Materno: GONZALEZ
 Nombres: JOSE LEONARDO Número de Cédula / RUC / Pasaporte: 0152015491
 Estado Civil: SOLTERO Género: MASCULINO Fecha de nacimiento: 12 / 04 / 1988
 Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: EXTRANJERO
 Actividad económica/ocupación: ADMINISTRATIVO trabajo de Ingresos mensuales: 0
 Dirección de Domicilio: LOS RIOS / VINCES / JAIME ROLDOS 12 A NICOLAS COTO Teléfono Domicilio: 0962650742
 Dirección Oficina: LOS RIOS / VINCES / JAIME ROLDOS 12 A NICOLAS COTO Teléfono Oficina: 0962650742
 Teléfono Celular: 0962650742 Correo electrónico: JOCNUNS@GMAIL.COM

COBERTURAS

SUMA ASEGURADA

Beca por Muerte Accidental del Titular de la Tarjeta

\$ 24.000

ASISTENCIAS

Mochila Protegida	Incluido
Plan Dental	Incluido
Telemedicina MEDIQUO	Incluido
PRIMA NETA MENSUAL	\$5,28
PRIMA TOTAL MENSUAL	\$5,49

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: NUNES Apellido Materno: CUADRA
 Nombres: MIA ISABELLA Número de Cédula / RUC / Pasaporte: 0963838529

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Declaro libre y voluntariamente que el seguro solicitado a la compañía AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., ampara bienes de procedencia lícita y que los mismos no están ligados con actividades de narcotráfico, lavado de activos o financiamiento del terrorismo; igualmente declaro que los fondos con los cuales se pagará la prima de este seguro tienen origen lícito y no guarda ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada; además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.

Declaro que a la fecha de la firma de esta declaración, he recibido el certificado de seguro que contiene resumen de las condiciones generales de la Póliza a la cual se adhiere la presente declaración y declaro conocerlas y aceptarlas.

Declaro conocer que en caso de existir un cambio en la dirección asegurada, debo notificar a AIG-Metropolitana al momento de efectuarse el mismo, caso contrario, la cobertura queda anulada.

Además, acepto recibir información comercial y promocional por canales ordinarios o electrónicos relativos a productos y servicios que AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. preste actualmente o decida prestar en un futuro, conservándose con esta finalidad hasta que indique mi manifestación expresa en contrario.

Autorizo expresamente a que AIG-Metropolitana me contacte directamente o a través de sus proveedores, por cualquier medio para fines comerciales y de información de productos de seguros. Autorizo a AIG-Metropolitana el uso de mi información para fines comerciales, agrupe, disgregue o segmente mis datos personales en una base de datos de propiedad de la empresa, sus afiliadas o proveedores, los cuales podrán ser usados con fines comerciales y de mercadeo de la empresa o sus afiliadas y proveedores comprometiéndose a guardarlos y usarlos como información privada y confidencial.

Aceptada la presente solicitud de seguro, por parte de AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., autorizo a la citada Aseguradora a enviar la información relacionada con mi seguro y factura al correo electrónico que consigno en la presente solicitud. Autorizo a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., a sus filiales, pares y subsidiarias a que pueda: recolectar, digitalizar, archivar, procesar y mantener mi información conforme su Política de Privacidad disponible en su sitio web: www.aig.com.ec, la que declaro conocer.

Declaro conocer que el comercio electrónico se encuentra amparado bajo la legislación ecuatoriana y en tal sentido es un medio válido para la negociación y contratación de productos y servicios, por lo que consigno mi dirección electrónica en la presente solicitud.

Adicionalmente reconozco que los mensajes de datos tienen igual valor jurídico que los documentos escritos y su eficacia y valoración se somete a la Ley de Comercio Electrónico, firmas y mensajes de datos.

AUTORIZACIÓN DE ORDEN DE CARGO

"Yo, Titular de la tarjeta emitida por Banco Diners Club del Ecuador por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quien corresponda, se cargue a mi Tarjeta de Crédito el valor mensual correspondiente a la prima que cause esta solicitud de seguro por concepto de la prima de Educación protegida, sobre la tarjeta de crédito que soy titular.

Debo y pagaré incondicionalmente al Emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Cargo, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora, pagare la tasa máxima autorizada para el Emisor de la tarjeta de crédito y los gastos en que esta institución haya incurrido por las gestiones de la cartera vencida.

Por tal fin, me comprometo a efectuar los pagos de mi tarjeta de crédito al día y me obligo a mantener los fondos suficientes para cubrir el importe correspondiente ya que lo contrario, de no estar al día en los pagos, no tendré cobertura. En caso de no poder efectuar el débito por carecer de fondos ya que se acumulen varias cuotas, autorizo a que se debite una sola vez todas las cuotas atrasadas.

Por otra parte, acepto que se dé por terminado el contrato de seguro y reconozco que me será retirada la cobertura por las siguientes condiciones: Después de que la Aseguradora haga los intentos de debito por 3 ocasiones, si llegase a tener 90 días de vencido de una o mas cuotas, si no se pudiese recaudar las cuotas respectivas por: Fondos insuficientes, cancelación de la cuenta/tarjeta, cambio de esta o cualquier otro motivo no imputable a ella."

Firma del solicitante

03 | 05 | 2023

Fecha (dd/mm/aa)

Nota: La vigencia del seguro empieza a la recepción y aceptación de esta solicitud por AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., quien se reserva el derecho de aceptar el riesgo y otorgar cobertura una vez recibida la solicitud. Aplican condiciones y restricciones.

DETALLE DE PRODUCTO

DEFINICIONES:

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA DE LA VIDA POR ACCIDENTE: Pérdida accidental de la vida del Asegurado, dentro del ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente indemnizable, ocurrida en cualquier parte del mundo, durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

EXCLUSIONES ACCIDENTES PERSONALES

La Compañía no pagará la indemnización por pérdida de la vida del Asegurado causada directa o indirectamente, total o parcialmente por:

- Infecciones bacterianas a menos que estén relacionadas con una lesión de un accidente cubierto por esta póliza;
- Cualquier otra clase de enfermedad y lesiones con ellas relacionadas;
- Tratamiento médico o quirúrgico, que no sea a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza;
- Presencia del virus VIH o SIDA;
- Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia;
- Suicidio o tentativa de suicidio; (esté o no el Asegurado en su sano juicio);
- Homicidio;
- Accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza de carácter catastróficos tales como terremoto, sismos, erupciones volcánicas, inundaciones, y similares, o a consecuencia de tales;
- 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, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial, estado de sitio, estado de excepción, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad;
- Acto terrorista o cualquier pérdida que surja del uso intencional de fuerza militar para interceptar, prevenir o mitigar cualquier acto terrorista conocido o sospechoso ;
- Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
- Mientras el Asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas y/o policiales de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra y en el caso de que el Asegurado entrase en tal servicio, la Compañía, a solicitud del Asegurado devolverá la prima a prorrata por cualquier período de prestación de dicho servicio;
- Lesiones causadas como resultado de la imprudencia del Asegurado a consecuencia de haber ingerido alcohol o al estar bajo los efectos de drogas, tóxicos, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión;
- 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;
- Lesiones a consecuencia del ejercicio de una ocupación o actividad deportiva distintas a las declaradas en la solicitud de seguro, salvo que el Asegurado haya notificado de la nueva ocupación o actividad deportiva por escrito a la Compañía y que ésta haya aceptado por escrito el nuevo riesgo. Pero de ninguna forma se cubrirán los accidentes que se produzcan durante la práctica de deportes como miembro de un equipo profesional; así como la práctica de deportes extremos o deportes de riesgo (actividades o disciplinas que tienen un alto nivel de riesgo inherente y que presentan un peligro real o inminente para la integridad física de quienes lo practican) como: las carreras de automóviles, boxeo, motociclismo, karting, paracaidismo, parapentismo, cometa, alas delta, bungee jumping; ultralivianos, submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.

LÍMITES DE EDAD:

Mínima de Ingreso: 18 años

Máxima de Ingreso: Hasta el día que cumpla 74 años de edad.

Máxima de Permanencia: Hasta el día que cumpla 75 años de edad.

DETALLE DE ASISTENCIAS

MOCHILA PROTEGIDA: Cobertura para los artículos que se encuentran en la Mochila Escolar (Cuadernos y material escolar y/o universitario). Cubre la pérdida o robo, Monto máximo de cobertura por evento: \$80, hasta 1 evento. Cliente deberá presentar la lista de útiles en caso de un reclamo para validar los artículos a ser reemplazados. Esta cobertura funciona a través de reembolso. Sin deducible.

TELEMEDICINA: Servicio 24/7: Cobertura total 24 horas al día, 7 días a la semana, festivos incluidos, Chat y Videoconferencia Respuesta en menos de 2 minutos, Las consultas nunca se cierran. Se puede consultar tantas veces como el asegurado requiera. Más de 20 especialidades médicas y envío de receta médica digital. Amplia cobertura de profesionales que va ampliándose de forma periódica. Más de 20 especialidades.

Para acceder a este beneficio, **descarga tu aplicación mediQuo**, y actívalo con el siguiente código único mlozkifm

ASISTENCIAS	HORARIO
Medicina General	24h Todos los días de la semana
Pediatría	Todos los días de la semana
Asesoras de Salud (Enfermeras)	Todos los días de la semana
Cardiología	Lunes a Viernes
Ginecología	Lunes a Viernes
Psicología	Lunes a Viernes
Dermatología	Lunes a Viernes
Sexología	Lunes a Viernes
Entrenadores Personales	Lunes a Viernes
Nutrición	Lunes a Viernes

PLAN DENTAL				
PROCEDIMIENTO	ESPECIALIDAD	COBERTURA	COBERTURA	CARENCIA
Examen clínico y diagnóstico	Prevención	ILIMITADA	100%	30 días
Rayos-X (Periapicales)	Prevención	ILIMITADA	100%	30 días
Fase higiénica (Profilaxis)	Prevención	ILIMITADA	100%	30 días
Aplicación de flúor (menores de 15 años)	Prevención	ILIMITADA	100%	30 días
Consulta con especialista	Prevención	ILIMITADA	100%	30 días
Urgencias – Odontalgia* (Dolor dental)	General	ILIMITADA	100%	30 días
Resinas simples (1 superficie.)	Operatoria	1 AL AÑO	100%	30 días
Resinas compuestas (2, superficies.)	Operatoria	1 AL AÑO	100%	30 días
Resinas complejas (3 superficies.)	Operatoria	1 AL AÑO	100%	30 días
Extracciones Simples	Cirugía	ILIMITADA	70%	30 días
Remoción Cálculos Supragingivales x Boca	Periodoncia	2 AL AÑO	100%	30 días

CLAUSULAS ADICIONALES

Notificación de siniestros: 30 días calendario

Pago de primas: 30 días calendario.

Cancelación de póliza: 30 días calendario. Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar por escrito la terminación anticipada del seguro, en cuyo caso la Compañía queda obligada a devolver al Asegurado la parte de prima en proporción al tiempo no corrido. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación por escrito al Asegurado en su domicilio, con antelación no menor de diez (10) días y si no pudiere determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos en el periódico de mayor circulación en la ciudad que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación; en este caso queda obligada a devolver al Asegurado la parte de prima en proporción al tiempo no corrido.

Renovación: En el caso de renovación de la póliza, la misma estará sujeta a los términos y condiciones pactados para la nueva vigencia, basados en la experiencia de la cuenta, mismas que serán enviadas con un máximo de 30 días de anticipación a la finalización de la vigencia.

IMPUESTOS DE LEY:

De acuerdo a la legislación ecuatoriana vigente, las contribuciones de impuestos sobre la prima son los siguientes:

- 3.5% correspondiente a la contribución a la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros,

- 0.50% correspondiente a la contribución al Seguro Social Campesino

EXCLUSIÓN PARA SANCIONES O RELACIONADOS (OFAC)

La Compañía no será responsable de realizar cualquier pago bajo cualquier cobertura de esta póliza o de realizar un pago bajo cualquier extensión:

Por cualquier reclamo de pérdida originado en, o donde el Asegurado o algún beneficiario en conformidad con la Póliza, a la cual accede este endoso, sea un ciudadano o agencia del gobierno de, algún país (países) contra el (los) cual (cuales) cualesquiera leyes y /o reglamentos que se apliquen a la presente póliza y /o el Asegurador, su sociedad matriz o su sociedad controladora final tengan establecido un embargo u otra forma de sanción económica la cual produzca el efecto de prohibir al asegurador proporcionar cobertura de seguro, realizar operaciones con, o de otra forma ofrecer beneficios económicos al Asegurado o algún otro beneficiario en conformidad con la póliza. Se entiende y acuerda además que ningún beneficio o pagos será otorgado o serán efectuados a cualquier beneficiario (beneficiarios) que es /sean declarado(s) incapaz (incapaces) de recibir beneficios económicos en conformidad con las leyes y /o reglamentos que se apliquen a la presente póliza y /o el Asegurador, su sociedad matriz o su entidad controladora final.

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos y Seguros la verificación de este texto.

NOTA: Este Anexo ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con Resolución No SCVS-3-4-CG-5-456004420-24112020

MANEJO Y RECEPCIÓN DE QUEJAS O RECLAMACIONES:

Para que el Asegurado pueda hacer uso de sus derechos de consumidor, la Compañía pone a su disposición los siguientes medios para que pueda efectuar cualquier tipo de queja, reclamo o consulta:

Teléfono gratuito de servicio: 1800 244 244 (1800- AIG AIG)

E-mail: servicio.cliente@aig.com

NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTO:

Quito: Av. Brasil 293 y Antonio Granda Centeno, 5to piso. PBX: (593 2) 395 5000

Guayaquil: Av. Rodrigo Chávez Gonzalez, Parque Empresarial Colón, Ed. Corporativo II, 2do. Piso, oficina 203.

PBX: (593 4) 397 9000

Cuenca: Av. Ordoñez Lazo 5-42 y Laureles. PBX: (593 7) 410 2813