

Plan FAVORITO

Conoce **nuestro servicio** y disfruta de un **plan** pensado **para ti y tu familia**.



Plan de seguro de acuerdo a las coberturas que a continuación se detallan:

COBERTURA	MONTO
Muerte por cualquier causa	USD 2 500
Incapacidad total y permanente	USD 2 500
Incapacidad temporal o desempleo	Cuota mensual del crédito hasta \$100 mensuales y máximo hasta 5 cuotas
Asistencia exequial con nicho a perpetuidad para el titular	Servicio

Precio Mensual: **\$3.99**

Deducible y carencia para las coberturas de seguro de vida:

Deducible:

- Incapacidad temporal: 7 días.
- Desempleo: No aplica.
- Carencia: No aplica.

Deducible y carencia para las coberturas de medicina prepagada:

- Deducible: No aplica.
- Carencia: No aplica.

Límite de edad de seguro de vida y medicina prepagada:

- Edad mínima de ingreso: 18 años cumplidos.
- Edad máxima de ingreso: Sin límite.
- Edad máxima de permanencia: Sin límite.

La cobertura será otorgada a los titulares de crédito directo emitido por CORPORACION FAVORITA C.A una vez realizado su primer consumo y mientras dure la deuda.

Las coberturas de muerte por cualquier causa e incapacidad total y permanente se mantendrán vigentes una vez cancelada la totalidad de la deuda. En estos casos, la indemnización por siniestro cubierto será cancelada a favor de los beneficiarios legales o al asegurado, respectivamente.

Beneficiario acreedor:

En este seguro en caso de muerte o incapacidad total y permanente del Asegurado, el beneficiario a título oneroso será CORPORACION FAVORITA C.A, hasta por el saldo insoluto de la deuda.

En caso de incapacidad Temporal o Desempleo el beneficiario a título oneroso será CORPORACION FAVORITA C.A, hasta por el valor de la cuota mensual del crédito y hasta un período máximo de cinco (5) meses. El saldo de los beneficios de la Póliza, si los hubiere, será pagado al Asegurado o beneficiarios nombrados o a falta de estos a sus herederos legales.

En caso de presentarse un siniestro bajo las coberturas de Muerte por cualquier causa o Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, se cubrirá hasta el valor máximo estipulado en la póliza de \$2500, considerando que el beneficiario a título oneroso será la CORPORACION FAVORITA C. A hasta por el saldo insoluto de la deuda y de existir un excedente el valor se indemnizará a los beneficiarios nombrados o a falta de estos a sus herederos legales.

DEFINICIÓN DE COBERTURAS

Muerte por cualquier causa:

Por la muerte del Asegurado, originada por cualquier causa, la Compañía pagará al o a los beneficiarios/s la suma contratada constante en condiciones particulares.

Incapacidad total y permanente por cualquier causa:

La Compañía indemnizará la suma asegurada contratada al Asegurado/Contratante, por la incapacidad total y permanente sufrida por el Asegurado durante la vigencia de este seguro, causada por enfermedad o accidente superviniente a la contratación de esta cobertura. Para efectos de

este Anexo se entiende que se presenta incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado menor de setenta (70) años de edad, por una enfermedad o accidente superviniente sufra alteraciones funcionales o lesiones orgánicas, comprobables desde el punto de vista médico que, de por vida le impidan de manera total, permanente e irreversible, desempeñar cualquier actividad económica, ocupación o trabajo remunerativo o lucrativo para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días y no haya sido provocada por el Asegurado. El presente amparo no es acumulable con la cobertura básica, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del Asegurado incapacitado.

Incapacidad total temporal del asegurado:

El Asegurado, quien acredite de forma documentada, ser un trabajador independiente, es decir, una persona que trabaja por cuenta propia sin estar vinculado a una relación de dependencia, se incapacitare total y temporalmente a consecuencia de una enfermedad o accidente no excluido, ocurrido durante la vigencia de este seguro, la Compañía pagará al Asegurado, Contratante o Beneficiario Acreedor designado en las condiciones particulares, la suma asegurada mensual menos el deducible establecido en las mismas. En caso de que la incapacidad total temporal del Asegurado sea inferior a un (1) mes, la Compañía pagará 1/30 de la suma asegurada mensual por cada día de incapacidad temporal.

En todo caso el valor máximo mensual a indemnizar será el contratado y no podrá exceder del período pactado en las condiciones particulares. Para efectos de esta cobertura se presenta incapacidad total temporal cuando el Asegurado se encuentre imposibilitado para atender las labores propias de su profesión u oficio a causa de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, debidamente calificada como tal por la autoridad sanitaria competente. La Compañía pagará máximo un (1) evento al año, por Asegurado y por póliza. El presente amparo no es acumulativo con el amparo de Desempleo Involuntario; constituyéndose en dos amparos excluyentes, es decir, si la Compañía indemniza un siniestro bajo el amparo de incapacidad total y temporal, automáticamente queda excluido del amparo de desempleo involuntario.

Desempleo involuntario:

- El Asegurado, quien acredite documentadamente ser un trabajador bajo relación de dependencia al amparo de lo establecido en el Código de Trabajo y/o la Ley Orgánica del Servicio Público, pierde su empleo por causas ajenas y externas a su voluntad, dejando de percibir contraprestación alguna por su trabajo habitual, personal y subordinado, la Compañía pagará al Asegurado, Contratante o Beneficiario Acreedor designado en las condiciones particulares, la suma asegurada mensual, mientras dure el desempleo hasta el periodo máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza, o hasta cuando se emplee nuevamente, lo que ocurra primero, siempre y cuando, el Asegurado haya trabajado continuamente bajo relación de dependencia en los últimos doce meses a tiempo completo para un mismo Patrono y/o entidad pública. No son objeto del seguro aquellas personas que sean trabajadores independientes, es decir, que trabaja por cuenta propia sin estar vinculado a una relación de dependencia ni contratados por obra, temporada, bajo modalidad eventual u ocasional o por un tiempo fijo o definido, o cuyo cargo sea con nombramiento provisional, o de libre remoción; y en general, cualquier modalidad de contratación que no suponga relación de dependencia o si el evento ocurre dentro del período de prueba. El Asegurado, para efecto de esta cobertura, deberá contar con un contrato de trabajo a término indefinido o nombramiento indefinido, lo cual se debe comprobar a través de sus roles de pago y planilla de aporte al IESS. La Compañía pagará máximo un (1) evento al año por Asegurado y por póliza. El presente amparo no es acumulativo con el amparo de Incapacidad Total Temporal; constituyéndose en dos amparos excluyentes, es decir, si la Compañía indemniza un siniestro bajo el amparo de Desempleo Involuntario, automáticamente queda excluido del amparo de incapacidad total temporal.

Servicio de asistencia exequial con nicho a perpetuidad:

- Sala de velación afiliada a nivel nacional 24 horas en la Sierra y 48 horas en la Costa, o colocación de capilla ardiente si requiere el cliente. Se proporcionará 80 sillas.
- Trámites legales ante las autoridades competentes para inhumación y cremación.
- Traslados a salas de velación y camposanto.
- Traslados vía aérea o terrestre a nivel nacional.
- Tanatopraxia.
- Formolización.

- Cofre madera corte lineal.
- Servicio telefónico local en funerarias propias.
- Libro de oraciones.
- Libro de condolencias.
- Rosario.
- Servicio religioso de acuerdo al culto del cliente.
- Decoración salas de velación 5 arreglos florales (4 laterales y 1 cubre cofre).
- Servicios de cafetería hasta 300 cafés, caramelos, aguas aromáticas, agua, snacks, servilletas, chocolates.
- Orientación telefónica legal testamentaria.
- Servicio de repatriación siempre y cuando el cliente no exceda más de 30 días fuera del país.
- Nicho a perpetuidad en Camposanto afiliados a nivel nacional hasta \$2.000 o se brindará el servicio de Cremación.

EXCLUSIONES:

No obstante, a lo estipulado en condiciones generales las exclusiones para cada cobertura o anexo serían las siguientes:

Para la cobertura de muerte por cualquier causa:

No aplica ninguna exclusión.

Para la cobertura de incapacidad total y permanente:

Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.

Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimiento subversivo o en general conmociones civiles de cualquier clase.

Para la cobertura de incapacidad temporal:

- Embarazo, parto, cesárea, aborto y las complicaciones que surjan de ellos. Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.

Para la cobertura de desempleo:

- Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del período de carencia.
- Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.
- Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado. Convenios de despido entre el Asegurado y la Empresa.
- Disturbios populares, huelgas, motines, conmociones civiles, levantamientos populares, con miras al derrocamiento del gobierno.

Comunica a tus familiares que están protegidos en caso de que les faltes.

Recuerda que estás amparado por SEGUROS DEL PICHINCHA en caso de muerte por cualquier causa, y que en caso de requerir servicio de sepelio este será provisto por la red de prestadores.

Pago de primas:

El solicitante asegurado está obligado al pago de la prima para el efecto. La compañía otorgará un plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de perfeccionamiento del contrato. Las primas deberán pagarse en la oficina principal de la compañía, a través de los medios electrónicos habilitados por ésta, o en los lugares que ésta designe.

Vigencia:

La cobertura será otorgada a los titulares del crédito directo emitido por CORPORACIÓN FAVORITA C.A una vez realizado su primer consumo y mientras dure la deuda. Las coberturas de muerte por cualquier causa e incapacidad total y permanente se mantendrán vigentes una vez cancelada la totalidad de la deuda. En estos casos, la indemnización por siniestro cubierto será cancelada a favor de los beneficiarios legales o al asegurado, respectivamente. Las coberturas de medicina prepagada se mantendrán vigentes mientras el Cliente se encuentre al día en los pagos y el contrato tenga vigencia.

Aviso de siniestro:

La notificación escrita de un evento sobre el cual pueda presentarse una reclamación al amparo de esta póliza deberá realizarse a MAXI SEGUROS, al número telefónico: 1700-676767 o al (02) 3811 960, quienes coordinarán el trámite de reclamación.

En Caso de fallecimiento del Asegurado, el beneficiario dará aviso del siniestro a la Compañía, dentro de los tres (3) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro; para la cobertura de Incapacidad Temporal y/o Desempleo el beneficiario dará aviso a la Compañía de Seguros dentro de los 60 días calendario a partir de la ocurrencia del siniestro.

Para las coberturas de Medicina Prepagada cualquier solicitud de servicio se gestionará a través de la App Saludsa, que deberá ser descargada por el cliente. En el caso de Ambulancia por emergencia la cobertura será vía reembolso a través del Centro de Servicios habilitado para el plan.

Plazo pago de siniestro

Los reclamos por siniestros serán cancelados por Seguros del Pichincha, en un plazo máximo de 5 días laborables, contados a partir de la presentación de la documentación completa siempre y cuando el reclamo proceda con su pago.

Documentos en caso de un siniestro:

No obstante, lo indicado en las condiciones generales y anexos, los documentos que rigen para esta póliza serán las siguientes:

Para la cobertura de muerte por cualquier causa:

- Formulario de aviso de siniestro y/o notificación de aviso de siniestro por cualquier medio
- Copia certificada de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento
- Copias autenticadas de las cédulas de ciudadanía y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios.
- En caso de que el beneficiario sea menor de edad, para efecto del pago, deberá comparecer por medio de su representante legal quien ejerce la patria potestad, para el efecto se verificará tal condición mediante la prestación de la siguiente documentación:
 - Declaración juramentada ante notario público, donde se declare que comparece en calidad de representante legal del menor y que por lo tanto goza la patria potestad del mismo;
 - En caso de que la patria potestad recaiga sobre uno de los padres de nacimiento, copia íntegra de la partida de nacimiento;
 - En caso de que la patria potestad recaiga sobre un tercero que no es sus padres de nacimiento, copia certificada de la sentencia ejecutoriada que conceda la representación legal a favor del tercero.
- Copia autenticada de la posesión efectiva de herederos legales en caso de no constar los beneficiarios.
- Copia autenticada del certificado de defunción.
- Certificado de Saldo de la deuda a la fecha del siniestro emitido por la Entidad Beneficiaria.
- Certificado de aceptación del seguro debidamente firmado por el asegurado y el estado de cuenta del crédito del Titular.
- Estado de cuenta del crédito del Titular.

Para la cobertura de incapacidad total y permanente:

- Carta de aviso de siniestro y/o notificación de aviso de siniestro por cualquier medio.
- Cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento.
- Certificado de incapacidad / Invalidez Total certificado por el Ministerio de Salud Pública.

- Certificado de Saldo de la deuda a la fecha del siniestro emitido por la Entidad Beneficiaria.
- Certificado de aceptación del seguro debidamente firmado por el asegurado y el estado de cuenta del crédito del Titular.
- Estado de cuenta del crédito del Titular.

Para la cobertura de incapacidad temporal:

Trabajadores independientes:

- Carta de aviso de siniestro y/o notificación de aviso de siniestro por cualquier medio.
- Copia certificada de la cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento
- Certificado de incapacidad / Invalidez (Temporal) emitido por una Institución Médica avalada por la Aseguradora.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito emitido por el beneficiario acreedor.
- Certificado de aceptación del seguro debidamente firmado por el asegurado y el estado de cuenta del crédito del Titular.
- Estado de cuenta del crédito del Titular.

Para la cobertura de desempleo:

Trabajadores con relación de dependencia:

- Carta de aviso de siniestro y/o notificación de aviso de siniestro por cualquier medio
- Cédula de ciudadanía del Asegurado, o partida de nacimiento
- Acta de Finiquito emitida por el Ministerio de Trabajo.
- Copia del aviso de entrada y salida emitida por el IESS, especificando motivo de la salida del funcionario.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito emitido por el beneficiario acreedor.
- Certificado de no aportación emitido por el IESS, documento entregable mensualmente.
- Certificado de aceptación del seguro debidamente firmado por el asegurado y el estado de cuenta del crédito del Titular.
- Estado de cuenta del crédito del Titular.

Nota: Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario, así también se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas.

Cancelación del certificado de seguro:

El Asegurado podrá solicitar la terminación de la cobertura contratada en cualquier momento, con la finalidad de no seguir procesando el débito mensual.

PLAN MÉDICO

DETALLE DE COBERTURAS

* Citas médicas en **Telemedicina** en:
Medicina General, Ginecología, con un copago de **\$6.00**.

* Citas médicas por **chat** en: Nutrición/Dietética y
Psicología *(de lunes a viernes en horarios determinados)*

Entrega de medicamentos de acuerdo
a vademécum *(una entrega por cada receta)*

Ambulancia por emergencia; cobertura
de **\$50** por evento vía reembolso

Ilimitadas

OTROS BENEFICIOS ADICIONALES

Acceso a **consultas por chat** en temas de:
Sexología
Veterinaria
() De lunes a viernes en horarios determinados.*

Acceso a la **guía médica de Saludsa**

Agendamiento y pago de citas a precios preferenciales
en la red de centros médicos definidos en el App de Saludsa

Gimnasio LesMills

Ilimitadas

COBERTURAS DEL PLAN MÉDICO:

ATENCIÓN AMBULATORIA

- Consulta Médica en medicina general: Cobertura de atención ambulatoria realizada por médico general, en prestadores de la Red de Servicios de Salud Afiliados según el Producto contratado. Incluye: elaboración de historia clínica, entrevista, examen físico, determinación de factores de riesgo, determinación de diagnóstico, prescripción de tratamiento, medidas educacionales y medidas sanitarias dirigidas.
- Consulta Médica de especialidad: Cobertura de atenciones ambulatorias realizadas por médicos especialistas, en prestadores de la Red de Servicios de Salud Afiliados según el Producto contratado.
- Cobertura de Medicamentos prescritos en Atención Ambulatoria: Medicamentos orales o parenterales usados para el tratamiento de una enfermedad diagnosticada en el servicio ambulatorio, que no requiere hospitalización y derivadas de consulta médica. Cobertura únicamente en farmacias afiliadas a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.
- Ambulancia terrestre nacional: Corresponde al transporte medicalizado desde el sitio donde se produce la Emergencia Médica hasta el establecimiento de salud designado. El traslado es por evento y sus límites dependerá del Producto contratado.

EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO:

Para el servicio de plan ambulatorio médico presencial y video consultas:

1. Emergencias médicas.
2. Atenciones médicas sin previa cita.
3. Atenciones con prestadores que no integren la Red de Prestadores de Servicios.
4. Acumulación de beneficios o coberturas.
5. Medicamentos que no fueren considerados como Medicinas Cubiertas.
6. Enfermedades Crónicas.
7. Cualquier servicio, medicina e insumos adicionales a los señalados expresamente en este Contrato.
8. Cualquier servicio, Medicamento e insumos adicionales a los señalados expresamente en este Contrato y sus Anexos.
9. Tratamientos de medicina natural, homeopática, ancestral, tradicional, bioenergética, experimental, colorimetría, moxibustión, así como aquellos brindados por especialidades médicas y otros tipos de tratamientos no reconocidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
10. Servicio de ambulancia aéreo o fluvial sean o no prestados por servicios de transporte y asistencia sanitaria debida y legalmente autorizados como tales por la autoridad competente
11. Servicio de ambulancia terrestre, que no sean prestados por servicios de transporte y asistencia sanitaria debida y legalmente autorizados como tales por la autoridad competente
12. Enfermedades, urgencias o accidentes causados y/o provenientes del uso o consumo de estupefacientes o psicotrópicos, tales como: alucinógenos y los estimulantes; así como, de otras sustancias cuyo consumo reiterado puede crear dependencia. Tratamientos ambulatorio u hospitalario de rehabilitación por alcoholismo y/o uso, consumo y abuso de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, así como sus consecuencias y complicaciones.
13. Emergencias, urgencias y/o accidentes causados como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley, contravenciones y/o delitos.
14. Daños causados a sí mismo (autoagresión) estando o no en uso de sus facultades mentales.
15. Atenciones médicas prestadas por personas naturales o jurídicas no acreditadas, calificadas y/o habilitadas por la autoridad competente para brindar dichas atenciones. Incluye personal complementario tales como, pero no limitados a: asesores, coaches, doulas, comadronas, parteras, shamanes, curanderos, fregadores, sobadores entre otros.
16. Para la solicitud de reembolso de gastos médicos y otros que aplique, es obligación del Afiliado presentar a SALUDSA las facturas en el plazo máximo de 90 días calendario contados desde la fecha emisión de las mismas.

Aclaración y aviso:

Lo indicado en este instructivo no supe, ni sustituye, ni modifica de manera alguna la póliza, sus anexos o las condiciones generales, particulares o especiales; por lo que en caso de discrepancia entre el texto de este documento y el de la póliza a la que accede, prevalecerá la póliza, cuyas condiciones se han resumido en este documento, exclusivamente, para fines ilustrativos. Mantén al alcance el siguiente número de MAXI SEGUROS para cualquier duda, solicitud, aclaración y para notificar cualquier eventualidad que pueda afectar a las coberturas contratadas:
1700 – 676767 / (02) 3811960.

Confirmando que he aceptado el presente seguro por medio de la suscripción del documento "SEGURO DE VIDA Y PLAN DE MEDICINA PREPAGADA "PLAN FAVORITO". SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO.

Plan **FAVORITO**

GRACIAS A:

Seguros
Servimax

CON EL RESPALDO DE:

 **PLAN Y VIDA**
PREVISION EXEQUIAL

 Seguros del Pichincha

 **Saludsa**

