

Ambato, 7 de Julio del 2022

Señor:
UNIDAD EDUCATIVA CEC

Ciudad.-

REF: POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL 10/10

De nuestras consideraciones:

En atención a lo solicitado, a continuación nos complace presentar nuestra mejor oferta para amparar al personal del cliente citado en referencia, los 365 días del año, las 24 horas del día y en cualquier parte del mundo de acuerdo con los siguientes términos y condiciones:

COBERTURAS

Muerte accidental	\$ 1.600,00
Incapacidad total y permanente	\$ 1.600,00
Desmembración accidental	\$ 1.600,00
Gastos médicos por accidente	\$ 800,00
Gastos de sepelio por accidente	\$ 600,00
Ambulancia por accidente	\$ 80,00
Renta diaria por hospitalización	\$ 50,00
Gastos Dentales por accidente	\$ 80,00
Beca Estudiantil por accidente	\$ 1.000,00
Premio para el mejor alumno	\$ 50,00
Deducible para gastos médicos	\$ 10,00
Deducible renta diaria por hospitalización	1 día
Tarjeta de crédito hospitalario	SI
Asistencia Dental	SI

Costos:

Prima total por alumno	\$ 10,00
Prima total por grupo de alumnos	\$ 1.000,00

6 **FORMAS DE PAGO**

- * **Contado:** 15 días plazo
- * **Crédito Directo:** Financiado 3 cuotas sin interes
- * **Tarjeta de Crédito:**
 - 3 meses y 6 meses sin intereses todas las tarjetas
 - 12 meses sin intereses con Pacificard (Visa o mastercad) y Diners Club

BENEFICIOS ADICIONALES

- Cobertura del 10% del personal docente y administrativo sin costo alguno, pero no se otorga cobertura de beca estudiantil.
- TARJETA DE CRÉDITO HOSPITALARIO para recibir atención de emergencia por accidente en clínicas afiliadas.
- CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DENTAL MEDICAL CORP. DMC
Se otorga a los asegurados los siguientes beneficios:

1. Consultas – Diagnóstico sin costo.
2. Profilaxis: Una vez al año sin costo.
3. Descuento del 40% en tratamientos odontológicos generales.
4. Descuento del 40% en tratamientos de especialidad.

Dirección: Cda. Alborada 11ava etapa Albocentro 5B oficina 304, frente al parque de la Clínica Kennedy Alborada.
Teléfono: 042174257 – 042174258 – 042174259 – 042174260 Celular: 0991554397.";"")

COBERTURAS: DEFINICIÓN, ALCANCE Y EXCLUSIONES

MUERTE ACCIDENTAL:

Cubre la muerte cuando las lesiones sufridas en un accidente fueren causa única y directa de un hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en su integridad física lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

EXCLUSIONES:

1. La muerte ocurrida por cualquier enfermedad mental o corporal y las consecuencias de tratamientos médicos quirúrgicos no motivados por accidente.
2. Asesinato u homicidio, pleitos, riñas, contiendas y/o cualquier acto fuera de la ley o donde exista culpa grave o negligencia inexcusable.
3. Los denominados "accidentes médicos", tales como apoplejías, edemas agudos, hernias, eventos cerebro vascular, síncope o desmayos, vértigos, ataques epilépticos u otros análogos.
4. La muerte que el asegurado sufra en servicio militar, guerra.
5. La Muerte causada intencionalmente como suicidio.
6. La muerte a consecuencia de accidentes ocasionados por energía nuclear.
7. Deportes peligrosos tales como: carreras de autos (piloto o pasajero), motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente, buceo, box y artes marciales.
8. El fallecimiento ocasionado bajo la influencia de alcohol y/o estupefacientes.
9. Envenenamiento y/o inhalación de gases de cualquier clase.

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

La compañía concederá el beneficio cuando el asegurado sufra la pérdida de alguno de los miembros descritos en la tabla que más adelante se detalla, siempre y cuando se haya producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas, fortuitas e independiente de la voluntad del o los asegurados, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza.

Comprobado el accidente, la compañía indemnizará al o los asegurados o beneficiarios, según corresponda, el porcentaje del capital asegurado establecido en la siguiente tabla:

TABLA DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	
Ambas manos	100%
Ambas pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
La audición total	75%
La audición de un solo oído	30%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Cualquier dedo de la mano	20%

Se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los miembros antes detallados.

Si se llegara a efectuar pagos por indemnización de pérdidas orgánicas, la suma asegurada de muerte accidental se reducirá por el monto pagado en el caso de que posteriormente ocurriera el fallecimiento del asegurado a consecuencia de este o cualquier accidente.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

La compañía pagará al asegurado el valor correspondiente si por un periodo de ciento ochenta (180) días, el asegurado se encontrase incapacitado de forma total y permanente para realizar cualquier ocupación o actividad lucrativa, como resultado de una enfermedad o lesiones corporales.

Hispana de Seguros S.A. aprobará la indemnización un solo pago, luego de haber transcurrido 6 meses de incapacidad total y permanente previa certificación de la autoridad competente (junta calificadora del IESS y/o Ministerio de Salud Pública o entidad legalmente autorizada para emitir este documento donde se incluya el porcentaje de incapacidad y la fecha de inicio de la misma).

EXCLUSIONES:

1. Trabajos subterráneos, submarinos, o como tripulante de cualquier embarcación marítima o fluvial.
2. Servicio en las fuerzas armadas, en tiempo de paz o de guerra.
3. Incapacidad a consecuencia de enfermedad preexistente.
4. Incapacidad preexistente.
5. Intento de suicidio.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

Se cubrirá hasta al límite máximo del que el asegurado dispone para resarcirse de los gastos médicos que su accidente demande; en dichos gastos se aplicará el deducible pactado, y se pagará de acuerdo a los costos necesarios, razonables y acostumbrados en los que incurra el asegurado para el restablecimiento de su salud.

EXCLUSIONES:

1. Cualquier enfermedad mental o corporal y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos no motivados por accidente.
2. Los denominados "accidentes médicos", tales como apoplejías, edemas agudos, síncope, vértigos, ataques epilépticos u otros análogos.
3. Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar, guerra.
4. Lesiones causadas intencionalmente como suicidio o tentativa de suicidio.
5. Lesiones ocasionadas por energía nuclear.
6. Deportes peligrosos tales como: motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente.
7. Lesiones derivadas o a consecuencia de intento de suicidio.
8. Accidentes ocasionados bajo la influencia de alcohol y/o estupefacientes.

BECA ESTUDIANTIL POR ACCIDENTE:

Se otorgará el pago por concepto de beca estudiantil a consecuencia de la muerte accidental del asegurado; la indemnización se realizará siempre y cuando existan hijos menores de 18 años y se compruebe que se encuentran estudiando.

El monto a indemnizar se pagará hasta el límite indicado sin exceder el valor especificado, independiente de que el asegurado tenga uno o más hijos.

**SEPELIO:**

Como consecuencia de una muerte amparada por la presente póliza, la compañía procederá a reconocer la suma asegurada hasta el máximo estipulado, para atender los gastos fúnebres en los que se incurra. Será obligatoria la presentación de estos gastos para su respectivo reembolso.

GASTOS DE AMBULANCIA POR ACCIDENTE:

Cubre el servicio de ambulancia terrestre que requiera el asegurado a consecuencia de un accidente sufrido de tipo invalidante. Se entiende por ambulancia terrestre, el vehículo de transporte de pacientes equipado para tal efecto, desde el lugar donde se la necesite hasta el centro médico.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

La compañía se compromete a reconocer al asegurado, una renta diaria fija por cada día que permanezca internado en una clínica u hospital, debidamente autorizado, como consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza.

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de treinta (30) días y será pagado a partir del segundo día de internación, es decir, la compañía no efectuará desembolso alguno si la internación es igual o menor a uno (1) día.

Este seguro es independiente de cualquier programa de salud que el asegurado tenga, incluyendo seguro privado, medicina pre-pagada y seguridad social.

Los beneficios descritos empezarán a regir cumplidos los treinta (30) días desde la iniciación de la vigencia de la póliza, salvo que la hospitalización sea causada como consecuencia de un accidente.

BECA ESTUDIANTIL:

La compañía concede este beneficio en caso de fallecimiento del representante legal (identificado en las Actas del Colegio, cuyo listado ha sido proporcionado a la aseguradora al inicio de la vigencia) a consecuencia directa y exclusiva de un accidente, en cuyo caso se pagará al Colegio, una pensión mensual por beca, cuyos derechos caducarán en la fecha de vencimiento de la póliza.

Para el pago de la beca será necesario el envío de las facturas correspondientes a las pensiones de cada mes; el no envío a tiempo del listado exime a la aseguradora de cualquier reclamo surgido con fecha anterior a la entrega. Las exclusiones de muerte accidental, son aplicables en este caso.

*El colegio tiene la obligación de enviar a Hispana de Seguros, el listado de los padres o representantes identificados en las actas del colegio en un periodo máximo de 15 días contados desde el inicio de vigencia de la póliza.

GASTOS DENTALES POR ACCIDENTE:

Se otorga la presente cobertura, siempre y cuando la misma provenga de causa única de accidente, y se cubrirá hasta el monto máximo de la cobertura.

PREMIO AL MEJOR ALUMNO:

Esta cobertura se otorgará siempre y cuando la siniestralidad no supere el 50%, el colegio deberá remitir la carta con el nombre del mejor alumno, en caso de ser más de un alumno el premio podrá ser dividido según lo indicado por el Colegio.

LÍMITE CATASTRÓFICO: USD \$100.000,00

CLÁUSULA DE REVISIÓN DE SINIESTRALIDAD:

En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, y muy especialmente cada 3 meses, Hispana de Seguros S.A. tiene el derecho de aplicar el recargo de primas por alta siniestralidad de acuerdo con el procedimiento explicado a continuación:

DEFINICIONES:

-PERÍODO ANALIZADO: es el tiempo transcurrido desde el inicio de la vigencia de la póliza hasta el día del cálculo.

- PRIMA DEVENGADA: es la prima correspondiente al "período analizado" ajeno a la forma de pago.
- SINIESTROS: corresponde a los reclamos pagados y en reservas, hasta la fecha del cálculo.
- SINIESTRALIDAD: es el cociente entre los siniestros sobre la prima devengada.
- TABLA DE RECARGO: contiene los porcentajes de recargo que se aplicarán cuando la siniestralidad se ubique en cada uno de los siguientes rangos:

RANGO DE SINIESTRALIDAD	
60% a 65%	
66% a 70%	
71% a 75%	
76% a 80%	
81% a 85%	
Mayor al 85%	

Establecido el recargo correspondiente para el período analizado, se procederá de la siguiente manera:

1. El porcentaje de recargo se aplicará a la prima devengada del período analizado.
2. La factura por el recargo de primas se pagará de contado y conjuntamente con la factura correspondiente al pago de la prima mensual.
3. Si después del período analizado, existirá una cancelación unilateral de la póliza, el asegurado declarará mediante este documento que reconocerá y pagará a Hispana de Seguros S.A. la respectiva prima de recargo.
4. Si en una misma vigencia anual, se aplicará discrecionalmente por parte Hispana de Seguros S.A. más de una vez el procedimiento establecido en esta cláusula, en todos los casos se procederá de igual manera, pero del último se disminuirá el recargo de prima anterior, es decir, solo se cobrará la diferencia.

DEDUCIBLE:

Es la cantidad mínima que el asegurado debe asumir para presentar un reclamo de gastos médicos por accidente.

LÍMITE DE EDAD:

- Desde los 02 años hasta los 65 años con el 100% de indemnización.
- Límite de ingreso: 60 años de edad.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR MUERTE ACCIDENTAL

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por muerte accidental:

1. Formulario de reclamación debidamente llenado, firmado y diligenciado.
2. Copia de cédula de identidad.
3. Registro de beneficiario (cuando el asegurado haya designado a los mismos el contratante manifieste su deseo de proceder de esta manera); para los casos que no exista, se solicitará el acta de posesión efectiva de bienes; en caso de que el o los beneficiarios sean menores de edad, además de lo anterior carta de tutoría, estos dos últimos documentos tienen que estar debidamente notariados.
4. Partida de nacimiento del titular.
5. Partida de defunción y/o libro de defunción (original).
6. Partida de matrimonio (en caso el titular haya sido casado).
7. Copia(s) de cédula(s) de identidad de los beneficiarios.
8. Parte policial o de tránsito original o copia certificada por el juez competente.
9. Acta del levantamiento del cadáver o copia certificada por el juez competente.
10. Protocolo de autopsia original o copia certificada por el médico perito o juez competente.
11. Copia de historia clínica y notas de evolución diaria en aquellos casos que exista hospitalización y cualquier otro documento que compruebe la naturaleza de la muerte del asegurado.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por desmembración accidental:

1. Historia clínica.
2. Notas de evolución.
3. Certificado médico tratante que indica la causa de la desmembración.
4. Protocolo operatorio.
5. Registro de anestesia.
6. Placa radiográfica que confirme el diagnóstico.
7. Copia de cédula de identidad.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por incapacidad total y permanente:

1. Historia clínica.
2. Notas de evolución completas claras, donde se detalle las características de la lesión que origina la incapacidad.
3. Original de la declaración de incapacidad emitida por la junta calificadora del IESS y/o ministerio de salud pública o entidad legalmente autorizada para emitir este documento donde se incluya el porcentaje de incapacidad y la fecha de inicio de la misma.
4. Copia de cedula de identidad.
5. Formulario de reclamación, debidamente llenado, firmado y diligenciado.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR BECA A CONSECUENCIA DE MUERTE POR ACCIDENTE

1. Formulario de reclamación debidamente llenado, firmado y diligenciado por la entidad contratante.
2. Partida de nacimiento ORIGINAL del titular (alumno)
3. Certificado defunción original (registro civil nacional) en el que se especifique la causa de la muerte.
4. Factura (s) ORIGINAL (es) correspondiente a la pensión después de que ocurrió el fallecimiento (otorgadas por el Colegio).
5. Parte policial o de tránsito original o copia certificada por el juez competente.
6. Acta de levantamiento del cadáver o copia certificada por el juez competente.
7. Protocolo de autopsia original o copia certificada por el médico perito o juez competente.
8. Copia de Historia Clínica y Notas de evolución diaria y en aquellos casos que exista hospitalización.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR GASTOS MÉDICOS

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por gastos médicos:

1. Formulario de reclamo debidamente llenado, firmado y sellado por la institución asegurada.
2. Copia de cédula de identidad.
3. Facturas de la clínica y/o hospital (originales).
4. Factura de las farmacias (originales).
5. Factura de honorarios médicos (originales).
6. Recetas médicas (originales).
7. Órdenes de los médicos para los exámenes y resultados de los mismos (copias).
8. Facturas de los exámenes realizados (originales).
9. Copia de historial clínico, notas de evolución, protocolo operatorio, registro de anestesia, rayos x e informe, resultado de exámenes y otras imágenes.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR GASTOS DE AMBULANCIA

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por gastos de ambulancia:

1. Formulario de reclamación debidamente llenado, firmado y diligenciado.
2. Factura original de los servicios prestados por una entidad autorizada para operar como ambulancia y/o que se encuentre debidamente equipada para ello.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR GASTO DE SEPelio

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por gastos de sepelio:

1. Formulario de reclamación debidamente llenado, firmado y diligenciado.
2. Partida de defunción original y/o libro de defunción.
3. Factura original (indispensable) de los gastos cubiertos por el sepelio.

Nota: el pago se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la póliza.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR RECLAMOS POR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Sírvase encontrar a continuación los documentos necesarios para tramitar un reclamo por renta diaria por hospitalización:

1. Formulario de reclamación debidamente llenado, firmado y diligenciado.
2. Copia de cédula de identidad.
3. Copia de historia clínica.
4. Copia de notas de evolución
5. Copia de la factura de la clínica por los días de hospitalización.

PRESENTACION DE SINIESTRO

Máximo 45 días para documentar el reclamo siempre y cuando se haya dado aviso a la cia de seguros dentro del plazo estipulado.

PAGO DE RECLAMOS

La compañía pagara la indemnización dentro de los 10 días hábiles siguientes en el que el asegurado o beneficiario le presente por escrito la correspondiente reclamación aparejada la documentación que según esta póliza sean indispensables.

CLÁUSULAS ADICIONALES

AVISO DE SINIESTROS:

Queda expresamente convenida y acordada la obligación del asegurado y/o su representante dar aviso por escrito a la Cía. de Seguros, de todo siniestro que ocurra dentro de los (10) diez días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.

CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA:

Queda acordado y convenido que la compañía está facultada para rescindir esta póliza en su totalidad, o bien para cancelar uno o más de sus amparos en cualquier momento antes del vencimiento, pero deberá notificar el asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de diez (10) días, mediante el envío de carta certificada al domicilio del asegurado o aplicando lo que dispone en las condiciones generales además el evento de cancelación de la póliza o de uno o más de sus amparos, la compañía devolverá al asegurado la parte de prima en proporción al tiempo no corrido.

CLÁUSULA DE PAGO DE CUOTAS:

Las primas serán pagadas al contado, tomando como fecha de vencimiento la estipulada en el "recibo de primas" respectivo. los pagos podrán hacerse directamente en nuestras oficinas o a nuestro personal autorizado, exigiendo en ambos casos, la invalidación del recibo de primas con el sello de "pagado, Hispana de Seguros S.A." y la firma de la persona que recibe el pago.

La demora de 5 días o más en el pago de cualquiera de las cuotas, priva al asegurado y/o sus beneficios del derecho a la indemnización por el siniestro ocurrido durante el periodo de atraso, aún sin la necesidad de que el asegurado a la persona que lo represente, según esta póliza, hayan sido requeridos para efectuar el pago, el derecho a la indemnización no se convalence con el pago de la cuota posterior a la ocurrencia del siniestro, ni produce efectos jurídicos.



El plazo de gracia de 5 días, mencionado en el inciso anterior, no es aplicable al pago de la cuota inicial ya que el contrato de seguros no se considera vigente mientras dicha cuota no haya sido pagada en efectivo a la compañía, aún cuando dicho contrato haya sido expedido y suscrito.

En caso de atraso en el pago de las cuotas se aplicará el interés legal por mora, sin protesto ni aviso.

CLÁUSULA PAGO DE PRIMAS:

Queda entendido y convenido que no obstante lo estipulado en las condiciones generales de esta póliza, la presente ampara los bienes asegurados desde la fecha en la póliza y que el asegurado dispone de 15 (quince) días para la cancelación de la cuota inicial del valor total de esta póliza, al tenor de la forma de pago convenido.

Me suscribo,

Ejecutivo Comercial:

Teléfono:

1800 hispana (1800 447726)

Términos y condiciones sujetos a formulario Solicitud de Seguro.

Válidez de la cotización de 30 días calendario.

**TODAS TUS PÓLIZAS EN HISPANA DE SEGUROS ACUMULAN MILLAS LATAM Pass
APLICA PARA PÓLIZAS PERSONALES O CORPORATIVAS, NUEVAS O RENOVACIONES.**