

PROCESO DE ENTREGA DE TARJETAS BANCO DEL PACÍFICO / ESPENTREGAS



Estimado equipo,

Por medio de la presente informamos que nuestro cliente Entregas Especiales (ESPENTREGAS) ha sumado un nuevo proyecto relacionado con la Banca (Tarjetas adicionales Banco del Pacífico), para lo cual se solicita el cumplimiento del siguiente instructivo sobre cómo proceder con las entregas y el retorno de adjuntos.

1. La entrega se debe realizar sólo al titular.
2. El cliente debe firmar todos los campos marcados con X. (Se anexa imágenes).
3. La documentación debe llegar completa, evitemos las regularizaciones, al momento de realizar la entrega deben revisar que todo este correcto antes que las tarjetas sean entregadas al cliente.

Para la entrega de tarjetas preaprobadas se debe recuperar la siguiente documentación:

Tarjetas titulares

- Contrato titular.
- Copia de cédula del titular (vigente).
- Planilla de servicios básicos (3 últimos meses tomando en cuenta el mes en curso).
- Tarifario.
- Información general del cliente.
- Seguro (El seguro MC Suiza es obligatorio que firme el cliente, si no firma

- **NO** deben entregar la tarjeta. El seguro "Visa La Unión" es opcional la firma del cliente, si no firma SI pueden entregar la tarjeta).

Tarjetas adicionales

- Contrato adicional.
- Copia de cédula del adicional (vigente).

Nota importante: Se van a presentar casos en los que no les va a llegar la **Hoja de Información General del Cliente**. Se adjunta el formulario para ser impreso y que el cliente lo llene manualmente.

De igual manera va a haber casos en que no les llegue impreso el seguro. Esas tarjetas NO llevan seguro, pero si deben hacer firmar al cliente el resto de la documentación.

DOCUMENTACIÓN DE TARJETAS PREAPROBADAS TITULARES

Contrato Para La Emisión Y Uso De Tarjeta de Crédito PacifiCard y/o Cash

Conste por el presente instrumento, el Contrato Para la Emisión y Uso de la Tarjeta de Crédito PacifiCard y/o Cash contenido al tenor de las siguientes cláusulas y declaraciones:

PRIMERA: COMPARECIENTES

Comparecen a la celebración del presente Contrato Para la Emisión y Uso de la Tarjeta de Crédito PacifiCard y/o Cash, las siguientes personas:

1.1.- EL BANCO DE PACIFICO S.A., a quien en adelante se lo denominará simplemente como "Emisor" y/o como "Banco"; y, por otra parte,

1.2. El solicitante **NOMBRE Y APELLIDO DEL CLIENTE** parte a la que en adelante se lo denominará simplemente como el "Solicitante" o el "Tarjetahabiente", según el caso.

Se deja expresa constancia que toda persona a cuyo nombre se emita una tarjeta de crédito PacifiCard y/o Cash por solicitud del TARJETAHABIENTE TITULAR se denominará TARJETAHABIENTE ADICIONAL. Sin perjuicio de lo anterior, en el presente documento al utilizar la palabra TARJETAHABIENTE se estará haciendo referencia, cuando sea aplicable, al TARJETAHABIENTE TITULAR y al (los) TARJETAHABIENTE(S) ADICIONAL(ES), de haberlos.

SEGUNDA: ANTECEDENTES.

2.1.- De acuerdo con el Código Orgánico Monetario y Financiero y las normas expedidas por los órganos de control y regulación de las entidades del sistema financiero nacional; las entidades financieras, dentro del giro ordinario de sus negocios, pueden dedicarse a la emisión, administración, operación, y financiamiento de tarjetas de crédito, de débito, de pago, de afinidad, entre otras.

2.2.- El Banco tiene su domicilio principal en la ciudad de Guayaquil, dentro de sus operacio-

nes se encuentran las de brindar servicios financieros de emisión, administración y operación de tarjetas de crédito, de débito, de pago y de afinidad, para lo cual tiene un contrato de licencia con MasterCard Internacional y con Visa Internacional para el uso y explotación de la marca MasterCard y Visa, respectivamente.

2.3.- En la solicitud respectiva, el tarjetahabiente proporcionó información de crédito y personal, autorizando al Banco a efectuar las comprobaciones del caso, la cual una vez verificada sirve de fundamento para la emisión de la tarjeta de crédito al amparo de un crédito otorgado por el Banco.

TERCERA: OBJETO.-

3.1.- El objeto del presente contrato es prestar el servicio de tarjeta de crédito al solicitante para que pueda adquirir bienes o servicios a través de la misma como un medio de pago, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente contrato y de conformidad con las disposiciones expedidas por los organismos de control de las entidades financieras en el Ecuador y conforme a la reglamentación de la franquicia de las marcas Visa y MasterCard internacional, respectivamente. El cliente podrá solicitar dicho servicio a través de cualquiera de las oficinas del Banco a nivel nacional, o a través de los diferentes canales autorizados para el efecto. El servicio será prestado en todos los establecimientos afiliados al sistema de tarjeta de crédito del Banco o en cualquiera de los establecimientos comerciales, nacionales o internacionales, que acepten como medio de pago las tarjetas de crédito amparadas bajo las marcas MasterCard y Visa, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el presente instrumento.

3.2.- La responsabilidad del Banco frente al Tarjetahabiente por los servicios financieros que se prestarán en virtud del presente contrato, será asumida de acuerdo a lo establecido en el presente instrumento y por lo establecido en la normativa expedida por el Organismo de Control de las entidades financieras en el Ecuador y conforme a la reglamentación de la franquicia de las marcas Visa y MasterCard internacional, respectivamente.

a lo establecido en la Ley, renunciando el tarjetahabiente a fuero y domicilio. El tarjetahabiente señala como su domicilio convencional la dirección indicada en la solicitud de emisión de la tarjeta de crédito y así lo acepta en forma expresa. Todo cambio de domicilio, lugar de trabajo, lugar de residencia del tarjetahabiente y/o garante deberá ser notificado al Banco; si no lo hiciere se entenderá que toda comunicación y/o notificación enviada a su última dirección constante en los archivos del Banco han sido recibidos por éstos.

VIGESIMA SÉPTIMA: ACEPTACIÓN Y RATIFICACIÓN.-

El Tarjetahabiente declara que está conforme con todas y cada una de las cláusulas especificadas en este contrato, y que aceptan con pleno conocimiento de las implicaciones legales, que ha sido informado en forma clara por parte del Banco, sobre las condiciones del uso y manejo de la operación crediticia y del instrumento jurídico que suscribe, aceptando y allanándose a las condiciones en el establecidas. La aceptación por parte del Banco al presente instrumento estará dada por la emisión de la(s) tarjeta(s).

El Tarjetahabiente acepta y se somete libre y voluntariamente a las cláusulas y estipulaciones de este contrato, que lo firma en original, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes _____ del _____.

El Tarjetahabiente declara haber recibido una copia del presente contrato.

TARJETAHABIENTE
C. C. # _____

   
BancoPacificoEC

Versión 2.0 - Actualizado 08 de Junio 2022
Elaborado por Procesos - REGMDPNE034

 Banco del Pacífico

Contrato Para La Emisión Y Uso De Tarjeta de Crédito PacifiCard y/o Cash

LLENAR DATOS

FIRMA DEL CLIENTE

 PacifiCard
Historias que vivir

SOLICITUD DE TARJETA DE CRÉDITO

Por medio de la presente solicito la contratación y emisión de una tarjeta de crédito Pacificard, para lo cual proporciono la siguiente información:

INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE

DATOS DEL CLIENTE			
Cédula de identidad:	1720807872	Círculo:	046691
Nombres:	ALVARO DAVID	Marca:	Mastercard
Apellidos:	FERNANDEZ SALVAQUINTEROS	Sexo:	Masculino
Email principal:	alvaro-f-1992@outlook.com	Número de celular:	0962785908
GASTOS			
Sueldo propio:	2000	Alimentación:	250
Comisiones/Compensaciones:	0	Cuota arriendo/Alocueta:	
Otros ingresos:	0	Servicios Básicos:	100
Ingresos cónyuge:	0	Vestimenta:	
		Educación:	
		Salud:	
		Cuota vehículo/Transporte:	
Total ingresos:	2000	Total gastos:	350

Cláusula de Autorización Para el Tratamiento de Datos Personales y Crediticios.-

El Cliente autoriza al Banco del Pacifico S.A. (en adelante Banco) y a sus subsidiarias, a título personal o como representante de una persona jurídica o con personería jurídica, de forma expresa, de manera libre y voluntaria, específica e inequívoca, conforme al marco jurídico vigente, para que los datos personales y crediticios, o de la persona jurídica a la que representa, sea que hayan sido proporcionados de manera directa, indirecta, o que consten en bases de datos de acceso público, a lo siguiente:

1.- Para que puedan ser agrupados, segmentados, organizados, recopilados en una base de datos del Banco, y en general a darle cualquier uso a su información personal y crediticia, de conformidad a lo previsto en las normas vigentes, especialmente a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

2.- Para que puedan compartirse o comunicarse a terceros, sean personas naturales o jurídicas, para los fines requeridos en su calidad de cliente o usuario financiero o en los que la persona jurídica de su representación, sea cliente o usuario financiero, como son: el manejo de productos del Banco o medios de pago, el análisis de crédito, generación de modelos de información y/o perfiles de comportamiento actual y predictivo, procesos de debida diligencia, o en general cualquier otra revisión que se requiere para dichos fines y para la prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos.

3.- Para que puedan compartirse o comunicarse en aquellos procesos en que el Banco deba atender para cumplir con la regulación monetaria y financiera pertinente o sus propias políticas internas; de igual manera los que realice con compañías de servicios monetarios y financieros o con compañías de servicios de apoyo, tales como: servicios de Courier, servicios de mensajería SMS o correo electrónico u otros, campañas de telemarketing, encuestas de calidad, sorteos y entrega de premios, redención de puntos o de planes de recompensa o lealtad asociados a los servicios del Banco.

4.- Para que puedan compartirse con personas naturales o jurídicas que se dediquen a gestiones de cobranzas y de servicios legales o jurídicos.

5.- Para que puedan compartirse con terceros con los cuales el Banco tenga alianzas o convenios comerciales, cualquiera sea su denominación o naturaleza, actuales o futuros, para el desarrollo, promoción y/o servicios en beneficio del cliente.

6.- El cliente declara que la información sobre sus datos personales y crediticios que suministra al Banco y/o sus subsidiarias, es exacta, cierta y verdadera. Declara además que ha recibido información amplia y suficiente respecto de las implicaciones y consecuencias jurídicas, en caso de que el cliente haya suministrado datos personales y crediticios erróneos o inexactos.

7.- En caso que el cliente desee revocar esta autorización, de manera completa o parcial, el cliente acepta que deberá comunicarlo por escrito al Banco. La revocación no comprenderá los datos anónimos segregados o consolidados, ni la información necesaria para el correcto funcionamiento del servicio que el cliente siga manteniendo con el Banco. O información que fue tratada anteriormente en base a esta autorización, o la información que el Banco deba mantener de conformidad con la Ley.

Certifico que los datos proporcionados y declarados por mi persona en este documento son correctos y veraces.
Acepto y apruebo que cualquier notificación o documento relacionado a tales cuentas, productos y servicios, incluyendo los estados de cuenta, me sean enviados de manera digital al correo electrónico que declaro en este formulario.

Fecha: 05-04-2024

Firma

POLIZA DE SEGURO COLECTIVA
DESGRAVAMEN DE SALDOS
SOLICITUD - CERTIFICADO PÓLIZA DE SEGURO
SEGUROS LA UNIÓN

Ramo: Vida

Seguro: Vida Colectivo

Solicitud - Certificado póliza de seguro

Vigencia del Recibo	Desde:	20240426	Hasta:	20240526
Vigencia de la póliza	Desde:	20240426	Hasta:	20250426

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre:	GUAMINGO CONYA JESSICA CRISTINA
C.C.No.:	0201939485
Dirección:	AV QUITO 1 Y AV
Teléfono:	32678765
Ocupación:	OTRAS ACT.
Sexo:	Femenino
Fecha Nac.:	19890420
Ingresos mensuales:	
Dirección e-mail:	CRISTINAGUAMINGO89@

DATOS DEL SEGURO

Cobertura	Valor Asegurado
Muerte por cualquier causa	
Incapacidad total y permanente - Enfermedades catastróficas	Saldo insoluto de la deuda, r
Prima:	3.08
Forma de Pago:	Mensual

AUTORIZACIÓN DE CARGO A LA TARJETA DE CRÉDITO Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Como titular de la tarjeta de crédito emitida por BANCO DEL PACIFICO, autorizo a LA INSTITUCIÓN FINA correspondiente a la Póliza de seguro colectivo de desgravamen de saldos. Así mismo, autorizo a seguros LA U suscrita en este documento salvo mi manifestación por escrito de no continuar con el seguro. La autorización constituye la manifestación de voluntad del titular de la póliza de autorizar a LA Aseguradora a la renovación automática Favor cargar a mi tarjeta de crédito Visa 455179XXXXXX202.

CONDICIONES DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVA DE DESGRAVAMEN DE SALDOS

Objeto del Seguro:

Mediante el presente contrato de seguro, LA ASEGURADORA se compromete a amparar los riesgos indicados los hubiere, y a garantizar el pago a la institución financiera que tenga la calidad de Beneficiario Acceptor el ASEGURADO.

Coberturas:

Muerte por cualquier causa:

Mediante esta cobertura LA ASEGURADORA se compromete a pagar en caso de fallecimiento del ASEGURADO la vigencia de la póliza, a la persona jurídica que tenga la calidad de beneficiario acreedor el saldo insoluto que E crédito emitida por la institución Financiera Visa 455179XXXXXX202

Exclusión única: Esta póliza no cubre el suicidio de EL ASEGURADO ocurrido durante el primer (1er.) año de vig

Incapacidad total y permanente:

Si durante la vigencia de esta cobertura ocurre un evento, que ocasione la incapacidad total y permanente de l excluida, LA ASEGURADORA pagará a la persona jurídica que tenga la calidad de beneficiario acreedor mantenga en la tarjeta de crédito emitida por la institución Financiera Visa 455179XXXXXX202

Para efectos de este seguro se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, c que le impida total o permanente realizar cualquier actividad remunerativa, compatible con su educación, formal persistido por un periodo continuo no inferior a (180) días y no haya sido provocado intencionalmente por calificada por la autoridad nacional competente.

Exclusiones para la cobertura de incapacidad total o permanente

a) Cuando la incapacidad total y permanente haya sido provocada por EL ASEGURADO o el hecho o circuns anterioridad a la fecha de emisión de este seguro.
b) Cuando el evento que se ampara se haya causado en el ejercicio de actividades ilícitas.
c) Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones de guerra (sea q Entiéndase por guerra no declarada acciones bélicas emprendidas por potencias extranjeras en territorio ecuator

Enfermedades catastróficas:

Si durante la vigencia de esta cobertura LA ASEGURADORA recibiera pruebas fehacientes de que al ASEGURADO desarrollado una de las condiciones que conllevan las enfermedades catastróficas indicadas en el siguiente apar persona jurídica que tenga la calidad de beneficiario acreedor el saldo insoluto que EL ASEGURADO mantenga i institución financiera Visa 455179XXXXXX202, previa presentación de los requisitos exigidos pa

Para los efectos de esta cobertura se entiende por enfermedades catastróficas o de alta complejidad las siguientes:
a) Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas.
b) Todo tipo de cáncer.
c) Tumor cerebral en cualquier estado y de cualquier tipo.
d) Insuficiencia renal crónica.
e) Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
f) Secuelas de quemaduras graves.

PROCEIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

NOTIFICACIÓN DE SINIESTROS:

El asegurado está obligado a notificar a la Compañía, cualquier siniestro que pudiera dar lugar al pago de beneficios, dentro de los 10 días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento del mismo. En caso de fallecimiento del asegurado, el beneficiario tendrá hasta tres (3) años desde la fecha del siniestro para dar aviso a la Compañía, o de conformidad con la legislación vigente.

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE SINIESTROS:

Muerte por cualquier causa:

- Formulario de reclamación.
- Acta de defunción.
- Partida de nacimiento o copia de cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Partida de nacimiento o copia de cédula de ciudadanía de los beneficiarios.
- Historia clínica.
- 3 últimos estados de cuenta de la tarjeta.
- Carta firmada por el Banco con el detalle del monto adeudado.

Incapacidad Total y Permanente:

- Formulario de reclamación.
- Partida de nacimiento o copia de cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Informe y certificado del o los médicos tratantes detallando las causas y la fecha de la incapacidad. Estos documentos deben ser evaluados formal y reglamentariamente por la autoridad de salud del país.
- Historia clínica.
- 3 últimos estados de cuenta de la tarjeta.
- Carta firmada por el Banco con el detalle del monto adeudado.

Anticipo de Capital por Enfermedades Catastróficas:

- Formulario de reclamación.
- Partida de nacimiento o copia de cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Informe y certificado del o los médicos tratantes detallando las causas y la fecha de la incapacidad. Estos documentos deben ser evaluados formal y reglamentariamente por la autoridad de salud.
- Historia clínica.
- 3 últimos estados de cuenta de la tarjeta.
- Carta firmada por el Banco con el detalle del monto adeudado.

*La Compañía podrá solicitar cualquier otro documento adicional que sea necesario para la atención del siniestro.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Como Asegurado de la Póliza de Seguro Colectiva de Vida arriba anotada, autorizo a la Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza S.A. a debitar con la periodicidad escogida, de mi cuenta/tarjeta indicada a continuación, los valores que instruya la Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza S.A. y posteriormente acreditados a la cuenta que la Compañía indique. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles en mi cuenta/tarjeta, los fondos o cupo suficientes para cubrir el importe correspondiente, y no superar los 60 días de morosidad en el pago de la prima de seguro caso contrario la aseguradora podrá cancelar la póliza por falta de pago. Asimismo, autorizo a Ecuatoriano Suiza S.A. la renovación automática de la póliza suscrita en este documento salvo mi manifestación por escrito de no continuar con el seguro.

PERIODO DE COBRO DE PRIMA	MENSUAL	ANUAL	OTRAS:
FORMA DE PAGO DE PRIMA	CTA CORRIENTE	CTA AHORROS	TARJETA DE CRÉDITO
No de CUENTA / TARJETA ESCOGIDA	2422XXXXXXX002		

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: La falsedad u omisión de los datos proporcionados por el asegurado, vicia de nulidad el contrato de seguro.

Conteste SI o NO a cada una de las siguientes preguntas:

	SI	NO
a) ¿Ha recibido tratamiento médico por presión arterial, problemas del corazón, pulmones, albúmina o azúcar en la orina, diabetes, tuberculosis, cáncer o tumores malignos, úlceras estomacales, problemas y/o desórdenes nerviosos y/o mentales?	☐	☐
b) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o internado para tratamiento médico en alguna clínica, hospital o casa de salud?	☐	☐
c) ¿Ha sido requerido por concepto médico para someterse a tratamiento quirúrgico o internamiento hospitalario?	☐	☐
d) ¿Ha sido rechazada, operada o modificada, cualquier seriedad suya para seguros de vida, accidentes y/o gastos médicos?	☐	☐
e) ¿Ha sido declarado discapacitado por alguna institución?	☐	☐

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, proporcione detalles al respecto (nombres de médicos, lugares y fecha):

DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS:

Concededor(a) de las penas de perjurio, declaro que el origen de los valores cancelados a la Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza por las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré, por (a) póliza(s) adquirida(s), son y provienen de actividades lícitas y que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Así mismo, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcional a la información de modo confiable y actualizada y concierne la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía, me comprometo a proveer la información que sea solicitada. El Asegurado acepta haber leído y analizado detenidamente las condiciones arriba expuestas. El asegurado podrá retirar su póliza en las oficinas de la ASEGURADORA.

Firmas partes en, QUITO 11 días del mes de Abril del año 2024

EL ASEGURADO
FIRMA DEL CLIENTE
FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑIA SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros asignó al presente Certificado de póliza el número de registro 50349, el 06 de Agosto de 2018.

* Colage la refrence a la tarjeta de credito internacional Océano, Gold, Platinum o Black