

SEGURO DE VIDA GRUPO SOLICITUD DE SEGURO

| | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|
| Contratante: | No. de póliza: | Fecha de solicitud: |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|

SECCIÓN I

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------|------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | | | | |
| C.I / Pasaporte: | Fecha de Nacimiento: | Estado Civil: | Edad: | Ocupación Específica: |
| Dirección Domicilio: | | | Ciudad: | Teléfono: |
| Dirección Comercial: | | | Ciudad: | Teléfono: |
| Correo Electrónico: | | | | |

SECCIÓN II

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE

- A. AUTORIZACIÓN SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA:** Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica o centro de salud o a cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultado por mí, para que suministre a Seguros del Pichincha, toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.
- B. SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS,** se reserva todos los derechos que puedan asistirle antes o después de un siniestro, en caso de que se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptar el seguro de conformidad a la normativa vigente.
- C.** Declaro en mi calidad de solicitante, que lo anotado en esta solicitud de seguro es verídico, que mi estado de salud es normal: que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, diabetes, VIH, enfermedades crónicas o graves u otras por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico; y, adicionalmente, en caso de ser mujer, que no he padecido tumores del seno o matriz. En caso de padecer alguna de las enfermedades anteriormente descritas u otra diferente, favor indicar cual enfermedad y la fecha de su diagnóstico:

Enfermedad: _____ Fecha del Diagnóstico: _____
Enfermedad: _____ Fecha del Diagnóstico: _____
Enfermedad: _____ Fecha del Diagnóstico: _____

Detallar cualquier enfermedad y fecha de diagnóstico adicionales a las descritas en los párrafos anteriores:

| |
|--|
| |
| |
| |

Nota: En el literal “C” en caso de no padecer ninguna enfermedad colocar la palabra “Ninguna”.

D. En caso que el solicitante tenga vigentes más pólizas con Seguros del Pichincha cuya sumatoria exceda us\$75.000, estas deben ser declaradas para su respectivo análisis y aplicación de requisitos de asegurabilidad.

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| USTED POSEE OTROS SEGUROS: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| DETALLE | | | |
| Compañía | Monto Asegurado | Ramo | Fecha de Vigencia |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

E. Todo solicitante de la póliza de seguro de vida grupo deberá enviar a Seguros del Pichincha esta solicitud de seguro firmado. en todo caso el solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo so pena de nulidad relativa de acuerdo a la normativa vigente. En caso de que Seguros del Pichincha otorgue el seguro, de acuerdo con la información suministrada, la cobertura amparará a la persona que firma esta declaración.

F. Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio a fin de: formalizar e instrumentar el contrato de seguro y la relación comercial; así como, con fines publicitarios, comerciales de nuevos productos de la aseguradora; estadísticos y para efectuar estudios de perfil del consumidor. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relacional contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más

G. Declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada; además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar de manera inmediata mis datos personales; como cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado durante la vigencia de la relación con la compañía. así como entregar cualquier información que me sea solicitada.

H. Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, financiamiento del terrorismo, financiamiento de otros delitos, ni es producto de ningún delito. Conocedor de las penas de perjurio declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización. Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros toda información que ésta requiera respecto de mi persona, y autorizo que informe a los organismos competentes en caso de ser necesario. En ningún caso estas autorizaciones generarán reclamo o pretensión judicial de mi parte.

I. 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.

J. En caso de que mi solicitud de contratación de seguro sea aprobada, conozco que Seguros del Pichincha S.A emitirá, por cualquier medio legalmente válido, un certificado en el que se detallan coberturas, condiciones y demás especificaciones del seguro.

K. DECLARO HABER RECIBIDO LAS EXPLICACIONES CORRESPONDIENTES SOBRE ESTE SEGURO.

L. Si la presente solicitud es aceptada por Seguros del Pichincha, acepto cancelar el valor de la prima correspondiente al presente seguro y/o sus posteriores reajustes.

M. El presente documento no significa aceptación del riesgo, la emisión de la póliza está sujeta a verificación y análisis de la

BENEFICIARIOS POR MUERTE (a título gratuito)

| Apellidos y Nombres | Parentesco/ Relación | Teléfono | Correo electrónico | Edad | Porcentaje (100%) |
|---------------------|-------------------------|----------|--------------------|------|----------------------|
| | | | | | % |
| | | | | | % |
| | | | | | % |
| | | | | | % |
| | | | | | % |
| | | | | | % |

Quando el Solicitante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, tienen derecho al seguro los herederos del Solicitante

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



EL SOLICITANTE

LA COMPAÑÍA