

## SOLICITUD DE SEGURO

Plan Básico Nacional	PLANES SILVER			PLANES GOLD		PLANES BLACK	
Coberturas	\$ 12.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte por cualquier causa	\$ 12.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte accidental	\$ 12.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Gastos de entierro	\$ 1.000	\$ 1.100	\$ 1.600	\$ 2.000	-	-	-
Asistencia exequial	-	-	-	-	Servicio	Servicio	Servicio
<b>Prima total anual titular (Incluido impuestos)</b>	<b>\$ 65,00</b>	<b>\$ 84,50</b>	<b>\$ 111,80</b>	<b>\$ 140,40</b>	<b>\$ 271,70</b>	<b>\$ 403,00</b>	<b>\$ 535,60</b>
Elige tu Plan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Plan Completo Nacional	PLANES SILVER				PLANES GOLD		PLANES BLACK	
Coberturas	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte por cualquier causa	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte accidental	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Desmembración accidental	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Incapacidad total y permanente	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Enfermedades graves	\$ 2.500	\$ 5.000	\$ 7.500	\$ 10.000	\$ 12.500	\$ 25.000	\$ 37.500	\$ 50.000
Gastos médicos por accidente	\$ 500	\$ 1.000	\$ 1.150	\$ 1.300	\$ 1.500	\$ 1.700	\$ 1.900	\$ 2.100
Renta diaria por hospitalización (límites 5 días)	\$ 300	\$ 500	\$ 650	\$ 750	\$ 900	\$ 1.250	\$ 1.375	\$ 1.500
Gastos de entierro	\$ 500	\$ 800	\$ 1.100	\$ 1.600	-	-	-	-
Asistencia exequial a perpetuidad	-	-	-	-	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio
Crédito hospitalario	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio
<b>Prima total anual titular solo (Inc. Impuestos)</b>	<b>\$ 45,50</b>	<b>\$ 87,10</b>	<b>\$ 124,80</b>	<b>\$ 162,50</b>	<b>\$ 201,50</b>	<b>\$ 373,10</b>	<b>\$ 540,80</b>	<b>\$ 709,80</b>
Elige tu Plan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prima total anual titular*uno (Inc. Impuestos)</b>	<b>\$ 63,70</b>	<b>\$ 122,20</b>	<b>\$ 166,40</b>	<b>\$ 214,50</b>	<b>\$ 248,30</b>	<b>\$ 425,10</b>	<b>\$ 598,00</b>	<b>\$ 774,80</b>
Elige tu Plan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prima total anual titular*Flia (Inc. Impuestos)</b>	<b>\$ 75,40</b>	<b>\$ 145,60</b>	<b>\$ 195,00</b>	<b>\$ 248,30</b>	<b>\$ 287,30</b>	<b>\$ 468,00</b>	<b>\$ 646,10</b>	<b>\$ 824,20</b>
Elige tu Plan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### DEDUCIBLES

Gastos médicos por accidente	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.
Renta diaria por hospitalización	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día

### DECLARACIÓN DE DEPENDIENTES DE ACUERDO AL PLAN ESCOGIDO

\*Para los dependientes de este seguro (cónyuge/unión de hecho legalizada e hijos menores de 23 años que dependan económicamente de sus padres) aplica únicamente las coberturas de servicio exequial a perpetuidad y de gastos médicos por accidente.

Nombres y Apellidos	Parentesco/Relación	Correo electrónico (opcional)	Edad	Teléfono

## DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS POR MUERTE

Nombres y Apellidos	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, tiene derecho al Seguro los herederos del Asegurado.*

Crédito Hospitalario solicítalo al: **1800 400 400**

*\*Aplica únicamente para quienes cuenten con la cobertura de Gastos Médicos por Accidente.*

### Datos personales del solicitante/ Formulario conozca a su cliente

**Nombres y Apellidos:** .....

**Número de identificación CI/Pasaporte:** ..... **Lugar y Fecha de Nacimiento:** ..... **Edad:** .....

**Nacionalidad:** ..... **Estado Civil:** .....

**Dirección Domicilio:** .....

**Provincia:** ..... **Cantón:** ..... **Teléfono:** .....

**Correo Electrónico:** .....

**Actividad Económica:** .....

**Empresa:** ..... **Cargo:** .....

**Dirección Comercial:** .....

**Ciudad:** ..... **Teléfono:** .....

**Ingresos Persona Natural (mensual):**                      **Patrimonio Persona Natural:**

0 - 500     0 - 10.000

501 - 1.000     10.001 - 50.000

1.001 - 2.000     50.001 - 100.000

>2.000 Indicar valor del ingreso \_\_\_\_\_                      >100.000 Indicar valor del patrimonio \_\_\_\_\_

### 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 que mi estado de salud es normal. SI ( ) No ( ).
- D.** Declaro que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, VIH, sida, 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:

Detallar las enfermedad y fecha de diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de no padecer ninguna enfermedad colocar la palabra "Ninguna".

**E.** Declaro en mi calidad de solicitante, que lo anotado en esta solicitud de seguro es verídico, que el estado de salud de mis dependientes es normal: que no les han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, diabetes, VIH, sida, enfermedades crónicas o graves u otras por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico; y, adicionalmente, en caso de ser mujer, que no han padecido tumores del seno o matriz. En caso de padecer alguna de las enfermedades anteriormente descritas u otra diferente, favor indicar cual enfermedad y el dependiente:

DEPENDIENTE	DIAGNÓSTICO	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	PARENTESCO

F. En caso que el solicitante tenga vigentes más pólizas con Seguros del Pichincha cuya sumatoria exceda \$100.000, estas deben ser declaradas para su respectivo análisis y aplicación de requisitos de asegurabilidad:

G. Todo solicitante de la póliza de seguro de vida 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.

H. Autorizo de manera libre, expresa e informada a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, 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. Así como autorizo expresamente a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a transferir los datos a terceros proveedores con las finalidades antes indicadas. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relación contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.

Puede ejercer sus derechos contemplados en la normativa, a través de una solicitud dirigida a [gestiondeinformacion@seg-pichincha.com](mailto:gestiondeinformacion@seg-pichincha.com) o en cualquiera de los establecimientos físicos de Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros.

I. 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.

J. 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 realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.

K. 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.

L. 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.

M. En caso de que mi solicitud de seguro sea aprobada, acepto cancelar el valor de la prima y/o sus posteriores ajustes; así mismo, conozco que Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros emitirá, por cualquier medio legal, la póliza en el que se detallan las condiciones del seguro.

N. Declaro haber recibido las explicaciones correspondientes sobre este seguro.

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

  
La Compañía

Solicitante





La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el registro número SCVS-1-2-SF 133-505004421 el 18 de octubre 2022.

## Requisitos de emisión

1. Copia del documento de identificación.
2. Copia de recibo de servicios básicos (que corresponda a uno de los 3 últimos meses).
3. Copia del RUC (si su actividad es independiente).
4. Copia del formulario 102 debidamente presentado al SRI (si su actividad es independiente).

*\*Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario*

## Formas de pago:

<input type="radio"/> Transferencia	<input type="radio"/> Pago con tarjeta de crédito	
<b>Tarjeta de crédito:</b>		
<input type="radio"/> Diners	<input type="radio"/> Mastercard	
<input type="radio"/> Visa	<input type="radio"/> American Express	
	<input type="radio"/> Pacificard	

## Límites de edad

Edad mínima de ingreso:	<b>18 años</b>
Edad máxima de ingreso:	<b>65 años cumplidos</b>
Edad máxima de permanencia:	<b>70 años cumplidos</b>

**Recuerde:** Este es un informativo, en caso de contratación el Asegurado deberá remitirse a las condiciones, términos y exclusiones de la póliza.

**Para conocer más acerca de todos estos beneficios, reportar un siniestro o conocer los requisitos del mismo, comuníquese con uno de nuestros asesores.**

## Contacto



**Asesor:**  
**Teléfono:**