

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO AL CLIENTE

Fecha: día: ____ mes: ____ año: _____

Número de póliza	Nombre del asegurado	Nombre del solicitante de póliza (si no es el asegurado)
------------------	----------------------	--

CAMBIOS DE DATOS GENERALES

Nueva dirección:

Teléfonos: Residencial:

Celular:

Negocio:

Dirección de correo electrónico:

CAMBIO DE BENEFICIARIO (S)

	Nombres y apellidos completos	Parentesco	Fecha de nacimiento	Cedula identidad	%
Beneficiario(s) primario(s)					
Beneficiario(s) contingente(s)					

CORREGIR EDAD

Asegurado Cónyuge Corregir fecha de nacimiento

Deseo continuar con la prima actual, ajustar suma asegurada.

Deseo continuar con la misma suma asegurada, ajustar la prima.

PRESTAMO SOBRE LA POLIZA

Hacer préstamo sobre la póliza

Por la cantidad máxima

Cantidad específica: \$ _____

Para pagar primas vencidas: _____ Para póliza número: _____

ACUERDO DE PRESTAMO

Con referencia al préstamo entregado por **SEGUROS DEL PICHINCHA**, todo derecho, título e interés en la póliza es asignado a la compañía como única garantía de la devolución del préstamo con intereses de acuerdo a las cláusulas de la póliza.

RESCATE PARCIAL

Cantidad máxima Cantidad específica \$

RESCATE TOTAL

Se solicita el valor efectivo de la póliza, y éste será aceptado como pago completo y relevo de todo reclamo cubierto bajo la póliza.

Asignar el valor efectivo como sigue: _____

CANCELACIONES DE ANEXOS

Cancelar lo siguiente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficio de renta por cáncer | <input type="checkbox"/> Beneficio por muerte accidental | <input type="checkbox"/> Enfermedades catastróficas |
| <input type="checkbox"/> Desmembración accidental | <input type="checkbox"/> Exoneración primas por incapacidad total y permanente | <input type="checkbox"/> Gastos médicos por accidente |
| <input type="checkbox"/> Gastos por sepelio | <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente | <input type="checkbox"/> Renta diaria por hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Beneficio anticipado enfermedades terminales | | |

SOLICITUD ADICIONAL *(Cualquier otro cambio no mencionado arriba)*

Estamos de acuerdo en que mi (nuestras) firma(s) que aparece(n) abajo se refiere(n) a cada solicitud señalada en ambos lados de este formulario.

Firma del titular de póliza (Si el titular de póliza es una compañía, escriba su título)

Firma del beneficiario irrevocable (si lo hubiese)

Firma del nuevo titular de póliza

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-47-872004420-11032021 el 11-03-2021.