

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL CON AHORRO

SECCIÓN 1 – DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO PROPUESTO

Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. de identificación:		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Edad:	Fecha de nacimiento: año	mes día
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección domicilio:			
Provincia:	Ciudad:	País:	No. Teléfono celular:
País de residencia fiscal:	No. Teléfono domicilio:	Correo electrónico:	

SECCIÓN 2 – PLAN DE SEGURO

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA
Muerte por cualquier causa	USD
ANEXOS	SUMA ASEGURADA
Anticipo por enfermedad terminal	USD

SECCIÓN 3 – FRECUENCIA DE PAGO

Modalidad de pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Valor del aporte: USD <i>Incluido impuestos</i>
---	--

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE DEL PROPUESTO ASEGURADO

Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte	No. de identificación:		

SECCIÓN 5 – ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL DEL PROPUESTO ASEGURADO

Es usted: <input type="checkbox"/> Empleado privado <input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos			
Nombre de la empresa:	Actividad económica de la empresa:	Cargo:	Años en este empleo:
Actividad independiente que realiza y/o giro de su negocio:			
Dirección:			
Provincia:	Ciudad:	País:	
Número de teléfono:	Correo electrónico laboral:		

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PROPUESTO ASEGURADO

Ingresos mensuales de su actividad económica principal	(+) USD
Otros ingresos mensuales diferentes a la actividad económica principal	(+) USD
Fuente de otros ingresos	
Total ingresos mensuales	= USD
Total egresos mensuales	= USD
Situación financiera	Total activos = USD
	Total pasivos = USD

SECCIÓN 7 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE LA PÓLIZA

¿El solicitante de la póliza es diferente al asegurado? Si No

En caso de contestar afirmativamente, completar lo siguiente:

Persona natural diferente al propuesto asegurado	Requisitos:
Nombres completos: Razón social:	Formulario de vinculación persona natural
Persona jurídica	Requisitos:
Nombres completos: Razón social:	Formulario de vinculación persona jurídica

SECCIÓN 8 – BENEFICIARIOS

Beneficiarios principales:

Nombres completos	Porcentaje	Parentesco	No. Identificación	Teléfono o correo electrónico

Beneficiarios contingentes:

Nombres completos	Porcentaje	Parentesco	No. Identificación	Teléfono o correo electrónico

Cuando el parentesco del beneficiario sea diferente a: padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, bisabuelos, primos hermanos, tatarabuelos, tataranietos, cónyuge o conviviente, padres del cónyuge, hijos del cónyuge, yernos, nueras, abuelos del cónyuge, padrastros, nieto político; se deberá llenar el Formulario de Beneficiarios.

SECCIÓN 9 – SEGUROS EXISTENTES SOBRE LA VIDA DEL PROPUESTO ASEGURADO

¿Tiene usted actualmente alguna póliza de seguro de vida? Si No

En caso de ser afirmativo, favor completar la siguiente información:

Compañía	Monto asegurado (USD)	Año de emisión
¿La póliza solicitada reemplazará a alguna póliza vigente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indicar la póliza y el motivo:		
¿Tiene usted alguna solicitud pendiente en alguna compañía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo detallar la compañía:		
¿Ha recibido beneficios por concepto de seguros en los dos últimos años?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo describa el beneficio:		
Compañía de seguros:	Tipo de póliza:	Monto: USD

SECCIÓN 10 – HISTORIA MÉDICA

Favor detallar las preguntas con respuestas afirmativas en el espacio de abajo

1.- Su Peso	kg.	lb.	2.- Estatura	cm.	mts.	3. IMC:		
4.- ¿Fuma usted?							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, especificar tipo de cigarillo (cigarrillo, pipa, puro, etc.) e indicar cuántos al día, tipo y cantidad:								
5.- ¿Ha sido diagnosticado por Covid-19?							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa indique si tiene alguna secuela o complicación debido al Covid-19:								
6. ¿Tiene esquema de vacunación completo (mínimo dos dosis)?							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Declaro en mi calidad de solicitante, que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mi estado de salud es normal: que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, VIH, sida, Covid-19, 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. En caso de padecer alguna de las enfermedades anteriormente descrita u otra diferente, favor indicar:								
Diagnóstico médico:								
Fecha del diagnóstico:								
Tratamiento actual:								
8. ¿Practica algún deporte?							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indique la frecuencia: Aficionado <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>								
9. ¿Consume bebidas alcohólicas?							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Frecuencia: Tipo:								

SECCIÓN 11 – DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA - PEP

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero:							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo: Institución: Cargo: Fecha de culminación:								
Usted es familiar de un PEP (padres/hijos/abuelos/nietos o cónyuge) ó usted trabaja con una Persona Expuesta Políticamente forma directa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
En caso de ser afirmativo: Nombre y apellidos de la Persona Expuesta Políticamente - PEP:								
Institución: Cargo: Parentesco/Relación:								

SECCIÓN 12 – DECLARACIONES

- Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera, completa y actualizada y que constituye la base sobre la que solicitó el seguro. Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas, eximirá a **SEGUROS DEL PICHINCHA** de toda obligación de indemnizar.
- Declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, comunicar y documentar de manera inmediata a **SEGUROS DEL PICHINCHA** cualquier cambio en la información o documentación que he proporcionado. Durante la vigencia de la relación contractual con **SEGUROS DEL PICHINCHA**, me comprometo a proveer la información y la documentación que me sea solicitada.
- Declaro que no se podrá suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, ficticios o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del asegurado, contratante o beneficiarios de la póliza de seguro.
- Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con **SEGUROS DEL PICHINCHA** no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, el financiamiento del terrorismo, el financiamiento de otros delitos, ni es producto de algún delito. Así mismo declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con **SEGUROS DEL PICHINCHA** desde el inicio de la relación comercial hasta la finalización de la misma.

SECCIÓN 13 – AUTORIZACIONES

- Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA** a realizar el análisis y verificaciones que considere pertinente, autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a **SEGUROS DEL PICHINCHA** toda información que ésta requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política Conozca a su Cliente, requerida por los entes de control.
- Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre mi historial de médico/estado de salud, en la presente solicitud. La información que se detalla en esta solicitud es importante y necesario, por cuanto constituye fuente de selección del riesgo. La falta de veracidad u omisión liberará a **SEGUROS DEL PICHINCHA** del cumplimiento de sus obligaciones. **SEGUROS DEL PICHINCHA** considerará la presente solicitud como elemento sustancial para la evaluación y posterior emisión de la póliza. El solicitante tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o omisión de la información en la solicitud del seguro podrá acarrear su anulación.
- Autorizo a cualquier prestador o proveedor de servicios no médicos, como por ejemplo, establecimientos educativos, deportivos, o cualquier otra entidad pública o privada portadora o tenedora de información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a **SEGUROS DEL PICHINCHA** toda la información que le sea solicitada.

SECCIÓN 13 – AUTORIZACIONES

4. Autorizo a SEGUROS DEL PICHINCHA, a obtener toda la información que considere necesaria, de cualquier médico, prestador de salud, aseguradoras, empresas de medicina prepagada nacional o internacional, información sobre exámenes, tratamientos, diagnóstico, antecedentes médicos, etc. pero no limitada a exámenes o tratamientos médicos realizados, o que en el futuro se me practiquen mientras se encuentran vigente la póliza. Cualquier acción por parte del Asegurado o sus médicos que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, liberará a SEGUROS DEL PICHINCHA toda responsabilidad.

5. 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 relacional 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 gestiondeinformación@seg-pichincha.com o en cualquiera de los establecimientos físicos de Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros.

6. Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la compañía SEGUROS DEL PICHINCHA, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.

SECCIÓN 14 – FIRMAS

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que ha suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será utilizada por SEGUROS DEL PICHINCHA para la emisión de pólizas de seguros:

Lugar y fecha:

Firma del contratante

Firma del asegurado



Seguros del Pichincha

SECCIÓN 15 – REPORTE DE LA AGENCIA/AGENTE DE SEGUROS (ESPACIO A SER LLENADO POR EL EJECUTIVO / AGENTE)

Nombre o razón social de la agencia/agente:

Nombre y cargo del ejecutivo encargado:

Correo del ejecutivo encargado:

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política Conozca a su Cliente de la normativa vigente emitida por Superintendencia de Compañías Valores y Seguros y que es requerida por SEGUROS DEL PICHINCHA.

Día: mes: año:

Firma del asesor

SECCIÓN 16 - PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DEL PICHINCHA

Nombre:

Fecha:

Cargo:

Revisión en listas

Si

No

Firma del asesor

(*) Si Ud es una persona natural y el país de su residencia fiscal es diferente a Ecuador o tiene una residencia fiscal adicional debe llenar el formulario de auto certificación de residencia fiscal de persona natural.

La Residencia fiscal la establece la legislación de cada país y su relación podría ser por permanencia, ingresos, activo, vínculos familiares, pago de impuestos, entre otros. Consulte con su asesor tributario. Una persona natural puede tener más de una residencia fiscal.

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

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-55-872004420-11032021 el 11-03-2021