

# 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: <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>			
Dirección domicilio:			
Provincia:	Ciudad:	País:	No. Teléfono celular:
País de residencia fiscal*:	No. Teléfono domicilio:	Correo electrónico:	

## SECCIÓN 2 – 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 3 – 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 <input type="checkbox"/>			
Nombre de la empresa:	Cargo:		
Actividad económica de la empresa:	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 4 – 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 5 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE LA PÓLIZA

¿El solicitante de la póliza es diferente al asegurado?  Sí  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 6 – 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 7 – PLAN DE SEGURO

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

## SECCIÓN 8 – FRECUENCIA DE PAGO

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

## 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.	IMC:	3.- ¿Fuma usted?	Si	No
4.- ¿Ha tenido algún cambio de peso en el último año?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
De ser afirmativo: aumentó de peso <input type="checkbox"/> perdió peso <input type="checkbox"/>									
¿Cuál fue la causa?									
5.- ¿Ha consultado a un médico durante los últimos 12 meses?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>6.- Alguna vez ha sido diagnosticado, tratado o se le ha recomendado tratamiento para lo siguiente:</b>									
a. ¿Dolor en el pecho, hipertensión arterial, arritmia, soplo cardiaco, infarto de miocardio, angina de pecho; aneurisma, fiebre reumática, enfermedades del corazón o de los vasos sanguíneos?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. ¿Mareos, desmayos, epilepsia o convulsiones, jaquecas, alteración del habla, parálisis o apoplejía, derrame, accidente cerebrovascular, traumatismo craneal, trastorno nervioso o mental?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. ¿Cáncer, tumor o pólipos, enfermedades de la piel, alergias, ganglios linfáticos o quistes?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. ¿Ha recibido resultados positivos por la exposición del virus de inmunodeficiencia humana, VIH o ha sido diagnosticado de SIDA o cualquier patología derivada de la infección con VIH?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e. ¿Anemia, leucemia, flebitis, tromboflebitis, trastornos de la sangre, vasculares o del bazo?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f. ¿Ahogo, ronquera, tos persistente, bronquitis, pleuresía, asma, alergia, enfisema, tuberculosis o cualquier otro desorden respiratorio crónico?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
g. ¿Ictericia, cirrosis, hepatitis, hemorragia intestinal, apendicitis, úlcera, diverticulitis, hernia, colitis, hemorroides, esofagitis, dispepsia, trastornos digestivos del hígado, páncreas o vesícula biliar?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
h. ¿Azúcar, lamínea, pus en la orina, infecciones urinarias, enfermedades venéreas, cálculos, quistes u otros desórdenes de los riñones, vejiga, tracto urinario, próstata u órganos reproductivos?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
i. ¿Diabetes, hipoglucemia, desórdenes de la tiroides, trastornos del páncreas u otros trastornos glandulares?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
j. ¿Artritis, reumatismo, ciática, neuritis, gota, desórdenes de la columna vertebral, músculos, huesos o articulaciones, colágeno deformidad, cojera o amputación?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
k. ¿Enfermedades de ojos, oído o garganta?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>7.- Además de lo antes mencionado, usted?</b>									
a. ¿Ha tenido o le han recomendado tener cualquier operación, biopsia o procedimiento quirúrgico?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. ¿Ha estado bajo tratamiento o está actualmente tomando o ha tomado cualquier medicamento o quimioterapia?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. ¿Tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón o del sistema circulatorio, suicidio o desórdenes mentales?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. ¿Ha estado o está ahora en una dieta recetada?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e. ¿Ha sido rechazado, dado de baja o despedido por un empleador u otro por razones de incapacidad médica o física?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido admitido en un hospital, clínica o sanatorio?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido un chequeo de rutina, exámenes de sangre, tratamiento u otros exámenes médicos en los últimos cinco años?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>10.- Solo para mujeres:</b>									
a. ¿Trastornos de útero, ovarios, senos? ¿Se ha realizado chequeos ginecológicos, pap test, mamografías?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. ¿Toma Usted anticonceptivos?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. ¿Está embarazada? Cuantas semanas o meses:								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>11.- Solo para hombres</b>									
a. ¿Se ha realizado chequeo prostático y/o prueba de PSA?								Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Detalle las preguntas No. 5 a la 11 en caso de ser afirmativas (Si necesita más espacio favor adjuntar y firmar en una hoja adicional)**

No. Pregunta	Fecha tratamiento mes/año	Diagnóstico o tratamiento	Duración	Nombre del médico/ clínica u hospital

**SECCIÓN 11 – ESTILO DE VIDA** *Favor detallar las preguntas con respuestas afirmativas en el espacio de abajo*

1. ¿Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos, motorizados, paracaidismo, buceo u otros deportes peligrosos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha consumido cualquier derivado del tabaco en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar frecuencia y cantidad		
4. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable por un delito?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido condenado por manejar bajo la influencia de alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir, o ha tenido más de una infracción de tránsito?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Durante los últimos diez años ha consumido marihuana, cocaína, sedante o cualquier sustancia controlada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿Viaja o piensa viajar fuera del país en los próximos dos años?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar el lugar:		
9. ¿Por obligaciones de mi trabajo requiere que viaje fuera de mi país de residencia más de una vez cada dos meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. ¿Consume bebidas alcohólicas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar frecuencia y cantidad		
12. ¿Practica algún deporte?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo indicar que deporte práctica:		
Lo realiza como: aficionado <input type="checkbox"/> profesional <input type="checkbox"/>		

**Detalle de las preguntas con respuestas afirmativas**

No. Pregunta	Detalles



## SECCIÓN 12 – DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA - PEP

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero:	Si	No
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 Politicamente de forma directa:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo: Nombres y apellidos de la Persona Expuesta Politicamente - PEP:		
Institución:	Cargo:	Parentesco/Relación:

## SECCIÓN 13 – DECLARACIONES

1. Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera, completa y actualizada y que constituye la base sobre la que solicité el seguro. Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas, eximirá a **SEGUROS DEL PICHINCHA** de toda obligación de indemnizar.
2. 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.
3. 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.
4. 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 14 – AUTORIZACIONES

1. 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.
  2. 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.
  3. 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.
  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 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 [gestiondeinformación@seg-pichincha.com](mailto:gestiondeinformación@seg-pichincha.com) o en cualquiera de los establecimientos físicos de Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros.
6. En caso de que mi solicitud de contratación de seguro sea aprobada, conozco que Seguros del Pichincha S.A emitirá un certificado en el que se detallan coberturas, condiciones y demás; y autorizo que toda la información vinculada con el producto, incluyendo, pero no limitando al envío de dicho certificado, resumen de póliza, y factura, sea enviada al correo electrónico señalado en el presente documento. Adicionalmente 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.

## SECCIÓN 15 – 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 16 - 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 17 - 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, vinculos 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