

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO MULTIRIESGO PERSONAL TARJETA DE ENROLAMIENTO

PÓLIZA N°.

<b>Contratante:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------------	---------------

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombres completos:	
Lugar y fecha de nacimiento:		Tipo de identificación Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> No.			Nacionalidad:
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Unión de hecho <input type="checkbox"/>
Dirección domicilio:			Provincia:	Cantón:	
Teléfono domicilio:		Celular:	Email personal:		
Ocupación específica:			Provincia:	Cantón:	
Dirección comercial:			Ciudad:	Teléfono:	

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

**A)** Autorización para solicitud de 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 considere necesaria en cualquier tiempo.

**B)** Seguros del Pichincha se reserva todos los derechos que puedan asistirle antes o después de mi fallecimiento en caso de que se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptar el seguro (artículos 14 y del decreto supremo 1147 reformativo del libro II, título XVII del Código de Comercio).

**C)** En caso que el Asegurado tenga vigentes más pólizas con Seguros del Pichincha cuya sumatoria exceda \$ 75,000 éstas deben ser declaradas para su respectivo análisis y aplicación de requisitos de asegurabilidad.

**D)** Declaro en mi calidad de Asegurado, que lo anotado en esta tarjeta de enrolamiento es verídico, que mi estado de salud es normal; que no me han diagnosticado enfermedades: Cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, SIDA, enfermedades crónicas o graves u otras por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico; y adicionalmente de ser mujer, que no he padecido tumor de seno o matriz.

En caso de padecer alguna de las enfermedades anteriormente descritas u otra diferente, favor indicar cuál enfermedad y la fecha de su diagnóstico:

---

---

---

**Nota:** Todo Asegurado por la póliza de seguro multiriesgo personal deberá enviar a Seguros del Pichincha esta tarjeta de enrolamiento firmada. En todos los casos el solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo so pena de nulidad relativa de acuerdo con los artículos 14 y 80 del decreto supremo 1147 reformativo del libro II, título XVII del Código de Comercio.

**Esta tarjeta de enrolamiento forma parte integrante de la póliza.**

## OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES

Usted posee otros seguros Si  No

### DETALLE

COMPAÑÍA	MONTO ASEGURADO	RAMO	FECHA DE VIGENCIA

### BENEFICIARIOS POR MUERTE: A TÍTULO GRATUITO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE(%)

### BENEFICIARIOS POR MUERTE: A TÍTULO ONEROSO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE(%)

El contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos y Seguros la verificación de este texto. Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con resolución No. SBS-INS-2003-056 de 13 de febrero de 2003.

**Nota:** La información consignada en esta tarjeta de enrolamiento, surtirá efecto siempre que se encuentre debidamente firmada por el solicitante y/o Asegurado.



Seguros del Pichincha  
(Firma autorizada)

Asegurado

C.I. \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

1800 400 400

www.seguosdelpichincha.com

