

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO MI PLAN CONTRA ACCIDENTES

PÓLIZA NO.

CERTIFICADO NO.

Oficina o agencia	Vigencia del seguro: Desde	Hasta
-------------------	----------------------------	-------

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:		Nombres:	
C.I. ☐ Pasaporte ☐ No.:	Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Sexo: M ☐ F ☐
Nacionalidad:			
Teléfono particular:	Celular:	Email:	
Dirección del domicilio principal:			
No.:	Transversal:	No. Casa / Departamento / Piso:	
Provincia:	Ciudad:	Barrio / Sector:	

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Actividad económica:	En relación de dependencia: ☐ Independiente ☐
----------------------	---

* Para uso exclusivo del contratante

DATOS DEL PARTÍCIPE

Apellidos:	Nombres:
Asesor:	Monitor:

DETALLE DE BENEFICIOS

COBERTURA	LÍMITES
Muerte por cualquier causa	\$ 4,000
Muerte por accidente	\$ 14,000
Desmembración por accidente	\$ 14,000
Gastos médicos por accidente	\$ 1,800
Renta hospitalaria por accidente	\$ 40 diarios máximo hasta 30 días
Gastos de entierro por muerte por cualquier causa	\$ 500
Servicio exequial a perpetuidad	Incluido

DEDUCIBLE

Deducible gastos médicos por accidente	10% del siniestro, mínimo \$ 20
Deducible renta hospitalaria por accidente	\$ 40 (1 día)

PRECIO

Prima total mensual por persona (incluido impuestos)	\$ 3.50
--	---------

BENEFICIARIOS POR MUERTE

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Declaro en mi calidad de Asegurado, que lo anotado en esta solicitud-certificado es verídico, que mi estado de salud es normal: que no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, VIH, 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:

DIAGNÓSTICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO (dd/mm/aaaa)

En caso de dudas, en caso de requerir información sobre su seguro o para trámites de reembolso, puede contactarse por los siguientes medios:

Con la asesoría de:



siniestrosadmunifondos@ecuaprimas.com



(04) 220-9333 ext. 232
(lun. a vie. de 08H30 a 17H30)



099 534 2570

COBERTURAS PÓLIZA DE VIDA Y ANEXOS**OBJETO DEL SEGURO**

Proteger los diferentes riesgos a los que está expuesto el asegurado acorde a las coberturas y montos detallados

LÍMITE DE EDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años
Edad máxima de ingreso: 64 años 11 meses 29 días
Edad máxima de permanencia: 69 años 11 meses 29 días

TIPO DE COBERTURA

Cobertura las 24 horas del día, los 365 días del año.

AVISO DE SINIESTRO

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la presente póliza, se indica que el período de aviso de siniestros será de 30 (treinta) días calendario, contados a partir de que el asegurado tenga conocimiento del siniestro y siempre y cuando el mismo no se encuentre prescrito (3 años) de conformidad a la normativa legal vigente, este período de notificación no aplica para la cobertura de muerte por cualquier causa, en cuyo caso el plazo de aviso de siniestros será de 3 (tres) años contados desde la ocurrencia del siniestro.

COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO:

Corresponde al (o los) beneficiario (s)

a) Denunciar la muerte, cubiertas por esta póliza dentro de los tres (3) años de la fecha en que haya ocurrido.

Conocedor de las penas de perjurio declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.

E. 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.

F. Declaro expresamente que he recibido las explicaciones correspondientes sobre las particularidades este seguro, de forma que consciente y voluntariamente acepto los términos y condiciones del mismo.

G. Además, autorizo a Seguros del Pichincha a utilizar mi información personal proporcionada a la aseguradora 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, correo electrónico y/o cualquier otro medio legalmente reconocido.



Seguros del Pichincha

Asegurado Principal

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente clausula el registro número 50428 de 27 de agosto de 2018.