

**Plan Básico Nacional**

Coberturas	PLANES SILVER			PLANES GOLD		PLANES BLACK	
	\$ 12.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte por cualquier causa	\$ 12.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte accidental	\$ 12.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Gastos de Entierro	\$ 1.000	\$ 1.100	\$ 1.600	\$ 2.000	-	-	-
Asistencia Exequial	-	-	-	-	Servicio	Servicio	Servicio
<b>Prima total anual titular</b>	<b>\$ 65,00</b>	<b>\$ 84,50</b>	<b>\$ 111,80</b>	<b>\$ 140,40</b>	<b>\$ 271,70</b>	<b>\$ 403,00</b>	<b>\$ 535,60</b>
<b>Elige tu Plan:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Plan Completo Nacional**

Coberturas	PLANES SILVER				PLANES GOLD		PLANES BLACK	
	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte por cualquier causa	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Muerte accidental	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Desmembración Accidental	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Incapacidad Total y Permanente	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 100.000
Enfermedades graves	\$ 2.500	\$ 5.000	\$ 7.500	\$ 10.000	\$ 12.500	\$ 25.000	\$ 37.500	\$ 50.000
Gastos médicos por accidente	\$ 500	\$ 1.000	\$ 1.150	\$ 1.300	\$ 1.500	\$ 1.700	\$ 1.900	\$ 2.100
Renta diaria por hospitalización <small>(Límites 5 días)</small>	\$ 300	\$ 500	\$ 650	\$ 750	\$ 900	\$ 1.250	\$ 1.375	\$ 1.500
Gastos de Entierro	\$ 500	\$ 800	\$ 1.100	\$ 1.600	-	-	-	-
Asistencia Exequial a Perpetuidad	-	-	-	-	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio
<b>Prima total anual titular solo</b>	<b>\$ 45,50</b>	<b>\$ 87,10</b>	<b>\$ 124,80</b>	<b>\$ 162,50</b>	<b>\$ 201,50</b>	<b>\$ 373,10</b>	<b>\$ 540,80</b>	<b>\$ 709,80</b>
<b>Elige tu Plan:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prima total anual titular + uno</b>	<b>\$ 63,70</b>	<b>\$ 122,20</b>	<b>\$ 166,40</b>	<b>\$ 214,50</b>	<b>\$ 248,30</b>	<b>\$ 425,10</b>	<b>\$ 598,00</b>	<b>\$ 774,80</b>
<b>Elige tu Plan:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prima total anual titular + Familia</b>	<b>\$ 75,40</b>	<b>\$ 145,60</b>	<b>\$ 195,00</b>	<b>\$ 248,30</b>	<b>\$ 287,30</b>	<b>\$ 468,00</b>	<b>\$ 646,10</b>	<b>\$ 824,20</b>
<b>Elige tu Plan:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DEDUCIBLES**

Gastos médicos por accidente	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.	10% V.S.
Renta diaria por hospitalización	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día





\*Para los dependientes de este seguro (esposa e hijos menores de 23 años que dependen económicamente de sus padres) aplica únicamente las coberturas de servicio exequial a perpetuidad y de gastos médicos por accidente.

**Crédito Hospitalario solicítalo al:**

  
**1800 400 400**


\*Aplica únicamente para quienes cuenten con la cobertura de Gastos Médicos por Accidente.

**Formas de pago:**

<input type="radio"/> Cheque personal	<input type="radio"/> Pago con tarjeta de crédito	   
<input type="radio"/> Transferencia		
<b>Tarjeta de crédito:</b>		
<input type="radio"/> Diners	<input type="radio"/> Mastercard	
<input type="radio"/> Visa Bco. Pichincha	<input type="radio"/> American Express	
<input type="radio"/> Visa Bco. del Austro	<input type="radio"/> Pacificard	
<input type="radio"/> Visa Bco. de Machala		

**Límites de edad**

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de permanencia: 70 años cumplidos

## Formulario conozca a su cliente

Nombres y Apellidos: .....

Lugar y Fecha de Nacimiento: ..... Edad: .....

Número de identificación CI/Pasaporte: .....

Estado Civil: ..... Nacionalidad: .....

Dirección Domicilio: .....

Provincia: ..... Cantón: ..... Teléfono: .....

Correo Electrónico: .....

Actividad Económica: .....

Empresa: ..... Cargo: .....

Dirección Comercial: .....

Ciudad: ..... Teléfono: .....

Ingresos Persona Natural (mensual):

0 - 500

501 - 1.000

1.001 - 2.000

>2.000 Indicar valor del ingreso \_\_\_\_\_

Patrimonio Persona Natural:

0 - 10.000

10.001 - 50.000

50.001 - 100.000

>100.000 Indicar valor del patrimonio \_\_\_\_\_

## Declaración y autorización del asegurado - PLA/FT

**A)** Declaro que la información contenida en el presente formulario es verdadera, completa y actualizada. 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. Así mismo entiendo que esta información podrá ser requerida por las autoridades de control respectivas para los efectos legales correspondientes.

**B)** Declaro que el dinero utilizado para realizar las operaciones con **Seguros del Pichincha** no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, el financiamiento del terrorismo ni 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 del contrato.

**C)** Autorizo a **Seguros del Pichincha** 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** toda la información que ésta requiera respecto de mi persona, e informe a los organismos competentes, todo lo cual no genera ninguna pretensión judicial ni motivo de reclamo, a ser ejercido por el cliente.

## Declaración y autorización del Asegurado - Suscripción

**D) 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 ella considere necesaria en cualquier tiempo.

**E) 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 710 y 711, Libro VI "El Contrato de Seguro" del Código de Comercio).

**F)** En caso que el asegurado tenga vigentes más pólizas con **Seguros del Pichincha** cuya sumatoria exceda USD 50.000 estas deben ser declaradas para su respectivo análisis y aplicación de requisitos de asegurabilidad.

**G)** 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 tumores de 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.

**Nota:** En todo caso el solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo o pena de nulidad relativa de acuerdo con los artículos 710 y 711, Libro VI "El Contrato de Seguro" del Código de Comercio.

Esta tarjeta de enrolamiento forma parte integrante de la póliza.

Otros Seguros

USTED POSEE OTROS SEGUROS:

SI

NO

## DETALLE

Compañía	Monto asegurado	Ramo	Ficha de vigencia

## BENEFICIARIOS POR MUERTE (A TÍTULO GRATUITO)

Nombre Beneficiario	Parentesco	Porcentaje (%)	Teléfono

## DEPENDIENTES (DEPENDIENDO DEL PLAN ESCOGIDO)

Dependientes	Parentesco	Fecha de nacimiento

Asegurado

C.I. N°: \_\_\_\_\_

Fecha de renovación: \_\_\_\_\_

El formulario "Declaración y autorización del asegurado" ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con resolución No. SBS-INS-2003-056 de 13 de febrero de 2003.

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 vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio.

*\* Seguros del Pichincha se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional en caso de ser necesario.*

El presente formulario no significa aceptación del riesgo, la emisión de la póliza está sujeta a verificación y análisis de la información entregada por parte del cliente, así mismo **Seguros del Pichincha** se reserva el derecho de solicitar información adicional a fin de analizar el riesgo propuesto, en cumplimiento de las normas sobre prevención de lavado de activos. En caso que al formulario el cliente haya acompañado un pago, no obliga a **Seguros del Pichincha** a la emisión de la póliza, si luego del análisis del riesgo, la compañía de seguros decide no aceptarlo. En esos casos se realizará el proceso de devolución del pago realizado.

**Recuerde:** Este es un informativo, en caso de contratación el Asegurado deberá remitirse a las condiciones, términos y exclusiones de la póliza.

*Para conocer más acerca de todos estos beneficios, reportar un siniestro o conocer los requisitos del mismo, comuníquese con uno de nuestros asesores.*

### Contacto



Asesor:

Teléfono: