



FORMULARIO DE ENROLAMIENTO

SEGURO DE VIDA BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL - BIESS

Nombre del Deudor Principal: _____

Dirección Residencial: _____

Cédula: _____ Estado Civil: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE	DIRECCIÓN	PARENTESCO	%

DECLARACION DE SALUD BÁSICA

1. ¿Sufre o ha sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, sobrepeso, diabetes, derrame cerebral, cáncer, tumores, asma, trastornos inmunológicos o padecimientos relacionados con el SIDA ? SI NO

2. ¿ Tiene en la actualidad o ha padecido alguna enfermedad o pérdida funcional o anatómica, accidentes o enfermedades que impidan desempeñar labores propias de su ocupación en los últimos tres años ? SI NO

3. ¿ Está en la actualidad bajo tratamiento o supervisión médica o sabe si tiene que consultar a un médico o si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente ? SI NO

4. ¿ Tiene usted alguna otra cosa que declarar sobre su salud ? SI NO

SI Respondio SI en alguna pregunta de la 1 a la 4 favor detallar

5. ¿ Considera usted que goza de buena salud? SI NO

Si respondio **NO** FAVOR EXPLIQUE: _____

La Compañía se reserva el derecho de solicitar requisitos médicos si lo estima conveniente, así como declinar cualquier solicitud que no esté de acuerdo con sus normas de selección de riesgos.

Toda falsa declaración o reticencia en el suministro de datos, vicia de nulidad relativa la cobertura del Asegurado bajo esta póliza, conforme lo establecido en la ley.

FIRMA: _____

Lugar y Fecha: _____

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por Superintendencia de Bancos con Resolución No. SBS-INS-2002-108 de 19 de marzo de 2002.