



*Llenar con letra imprenta

SECCIÓN A.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y nombres

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Cédula

Fecha de nacimiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Año	Mes	Día

Correo Electrónico

Estado Civil

1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Otro

Dirección particular

Calle

No.

Ciudad

Teléfono

Sección B.

DECLARACIÓN DE SALUD

1. ¿Ha estado usted bajo observación o recibido tratamiento médico, quirúrgico o ingresado en algún hospital durante los últimos cinco años?

SI (en caso de ser afirmativo detallar cual)

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 cinco años?

SI (en caso de ser afirmativo detallar cual)

NO

3. ¿Está en la actualidad bajo tratamiento o vigilancia médica, o conoce si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?

SI (en caso de ser afirmativo detallar el diagnóstico)

NO

4. A su leal saber y entender, ¿Se encuentra usted en buen estado de salud y libre de todo impedimento o deformidad física?

SI

NO (en caso de ser negativo dar detalles completos)

SECCIÓN C.

BENEFICIARIOS:

Nombre del beneficiario en caso de fallecimiento	Teléfono	Correo Electrónico	Parentesco	% a recibir

SECCIÓN D.

ACEPTACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico para que dé todos los datos de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi estado de salud y al mismo tiempo autorizo a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que dé una copia de sus registros a la compañía de seguros y renuncio a la índole reservada de toda información, adquirida en cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo; y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dichos asuntos.

Declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Autorizo a Hispana de Seguros S.A. para ser incluido en la póliza de seguro a favor del BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, por lo cual certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas; si estas declaraciones fueran falsas causará la nulidad del contrato de seguros.

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante y/o Asegurado