

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

a) Apellidos y nombres completos:				
b) Número de identificación:		c) Sexo:		d) Estatura: m. / cm.
Cédula <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	e) Peso:
Pasaporte <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Kg. <input type="checkbox"/>
				Lb. <input type="checkbox"/>
f) Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	U/Libre <input type="checkbox"/>
				Viudo <input type="checkbox"/>
g) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):				
h) Dirección de residencia:				
Calle principal / Número / Transversal:				
Provincia:		Cantón:		País:
Ciudad:				
i) Teléfono de domicilio:	j) Teléfono celular:		k) Correo electrónico:	

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL ASEGURADO PROPUESTO

l) Apellidos y nombres completos:	
m) Número de identificación:	
Cédula <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pasaporte <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASEGURADO PROPUESTO

a) Es usted:				
Empleado privado <input type="checkbox"/>	Empleado público <input type="checkbox"/>	Negocio propio <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>
Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>				
b) Nombre o razón social:	c) Actividad económica principal:	d) Años en este empleo o actividad:	e) Cargo:	
f) Dirección de oficina:	Calle principal / Número / Transversal		Ciudad:	País:
g) Teléfono de oficina:		h) Correo electrónico de oficina:		
i) Ingresos mensuales generados por su actividad económica principal:		(+) USD.	<input type="text"/>	
j) Otros ingresos mensuales diferentes a los originados por la actividad económica principal*:		(+) USD.	<input type="text"/>	
k) Total de ingresos mensuales:		(=) USD.	<input type="text"/>	
l) Total de egresos mensuales:		(=) USD.	<input type="text"/>	
m) *Fuente de otros ingresos diferente de la actividad económica principal: _____				
n) Situación Financiera:		Total Activos	USD.	<input type="text"/>
		Total Pasivos	USD.	<input type="text"/>
ñ) ¿Ha residido en algún país distinto a Ecuador en los últimos 5 años? En caso afirmativo indique el país				
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		
			

3. REFERENCIAS

(a) Referencias personales			(b) Referencias comerciales		(c) Referencias bancarias Tarjeta de crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Teléfono	Institución financiera	Tipo de cuenta o de tarjeta de crédito

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

4. CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

¿El contratante de la póliza es diferente al asegurado? NO SI En caso de contestar afirmativamente, completar el siguiente apartado

	Nombres Completos	Requisitos
a) Persona natural diferente al asegurado propuesto.		Completar el formulario de vinculación de cliente individual (contratante persona natural diferente del asegurado propuesto).
b) Persona Jurídica		Completar el formulario de vinculación de cliente individual (contratante persona jurídica).

5. PLAN DE SEGURO

a) Suma asegurada: USD. b) El asegurado propuesto es: Fumador No fumador

6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

a) Beneficiarios primarios (Nombres completos)	No. Identificación	Teléfono	Parentesco (Vínculo)	%
b) Beneficiarios contingentes (Nombres completos)	No. Identificación	Teléfono	Parentesco (Vínculo)	%

Favor llenar Formulario de Beneficiario cuando el parentesco con los beneficiarios NO correspondan a padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, bisabuelos, primos hermanos, tatarabuelos, tataranietos, cónyuge o conviviente, padres del cónyuge, hijos del cónyuge, yernos, nueras, abuelos del cónyuge, padrastros, nieto político.

Cuando el beneficiario sea menor de edad, el beneficio se pagará al representante legal o tutor designado de acuerdo con la ley.

7. SEGUROS DE VIDA EN VIGOR SOBRE LA VIDA DEL ASEGURADO PROPUESTO

a) ¿Tiene usted algún seguro de VIDA en vigor? SI (Favor detallar a continuación) NO

Compañía	Fecha de emisión	Suma asegurada	Muerte accidental	Incapacidad
A				
B				
C				

b) ¿Reemplazará la póliza solicitada algún seguro en esta u otra compañía? SI A B C NO

c) ¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra compañía? SI NO
 Qué compañía

d) ¿Ha recibido beneficios por concepto de seguros en los dos últimos años? SI NO

De ser positivo describa el beneficio:

Aseguradora ; Tipo de Póliza ; Monto USD

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL ASEGURADO PROPUESTO

¿Su cónyuge tiene seguros de vida en vigor? NO SI Monto: USD. Empresa Aseguradora:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

8. ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

- En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario.
- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Ha participado o piensa participar en actividades de aviación, automovilismo, motociclismo, buceo, paracaidismo o cualquier deporte peligroso? En caso afirmativo completar el cuestionario de pasatiempos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Viaja o piensa viajar fuera del país en los próximos dos años? (indicar lugar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable por un delito? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tránsito? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Ha servido o contempla servir en las Fuerzas Armadas o Policía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) ¿Ha consumido cualquier derivado de tabaco en los últimos 12 meses? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Detalle de las preguntas 8 (a - j)

9. ANTECEDENTES MÉDICOS

a) Nombre del último médico consultado:	b) Motivo de la consulta:	c) Tratamiento recibido:
d) Fecha (dd/mm/aaaa)	e) Correo electrónico del médico:	
f) ¿Ha tenido cambio en el peso durante los últimos 12 meses? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo <input type="checkbox"/> aumentó peso <input type="checkbox"/> perdió peso ¿Cuál fue la causa?		
g) Completar si tiene algún tipo de discapacidad calificada por la autoridad sanitaria nacional: Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad		
Favor adjuntar el carné de persona con discapacidad emitida por la autoridad sanitaria nacional.		

10. HISTORIAL CLÍNICO

- | Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o ha tenido alguna indicación de: | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Enfermedades de los ojos, oído o garganta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, alteración del habla, parálisis o apoplejía, derrame o infarto cerebral, traumatismo craneal, trastorno nervioso o mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, alergia, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, infarto de miocardio, angina de pecho, aneurisma u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Ictericia, hepatitis, cirrosis, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, esofagitis, dispepsia, trastornos digestivos, del hígado o vesícula biliar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Azúcar, albúmina, pus en la orina, infecciones urinarias, enfermedades venéreas, cálculos, quistes u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Diabetes, hipoglucemia, híper o hipotiroidismo, trastornos del páncreas u otro trastorno endócrino? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, trastorno de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y articulaciones, desorden del colágeno, deformidad, cojera o amputación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Enfermedades de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumor o cáncer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. ¿Ha recibido resultados positivos por la exposición al virus de inmunodeficiencia humana, VIH, o ha sido diagnosticado de SIDA o Complejos Relacionados o cualquier patología derivada de la infección con VIH? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. ¿Anemia, leucemia, flebitis, tromboflebitis, trastornos de la sangre, vasculares o del bazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. ¿Se ha realizado electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ñ. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. ¿Han padecido sus padres o hermanos de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

- q. Solo para mujeres SI NO
 A) ¿Trastornos del útero, ovarios, senos? ¿Se ha realizado chequeos ginecológicos, pap test, mamografías?
 B) ¿Está embarazada? Indique cuantas semanas o meses
 r. Solo para hombres
 A) ¿Se ha realizado chequeo prostático y/o prueba de PSA?

DETALLE DE LAS PREGUNTAS AFIRMATIVAS DE LA SECCION 10

Nº de pregunta	Diagnóstico o tratamiento	Fecha de tratamiento Mes / Año	Duración	Nombre del médico-Clinica-Hospital

11. NOTIFICACIÓN SOBRE LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. puede presentar un breve informe a la Oficina de Información Médica (MIB por sus siglas en Ingles, Medical Information Bureau). La Oficina (domiciliada en Estados Unidos de América) es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines de lucro, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o si radica una reclamación a otra compañía miembro, la oficina suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse.

BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., también puede suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguros a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar a la Oficina que le revele la información contenida en sus expedientes. De igual manera pueda solicitar que se corrija la información que usted considera es incorrecta. La dirección de la Oficina de la Información Médica es: 160 University Avenue, Westwood, MA 02090, teléfono (781) 329 4500

12. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas a partir del 4to grado determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio de Relaciones Laborales en el último año, (Ej: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Director, General / Coronel Fuerzas Armadas / Policía, autoridades de control, entre otras); o que sin ocupar un cargo público tiene injerencia política a nivel nacional o internacional. SI NO

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Cargo: Institución: Tiempo de Servicio:

Indique si su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad (Ej: abuelos, padres, hijos, hermanos, suegros, cuñados), desempeña o ha desempeñado en el último año alguna de las funciones públicas mencionadas en el parágrafo anterior. SI NO

Si su respuesta es Si, por favor llene la siguiente información:

Nombres y Apellidos: Cédula:

Cargo: Institución:

Tiempo de Servicio: Relación con el Titular/Asegurado:

13. DECLARACIONES

13.1 Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte de la Póliza de Vida emitida como consecuencia de esta solicitud.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

- 13.2 Declaro que todos los datos e información contenida en esta solicitud, que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto es verdadera, completa y proporcionada de modo fidedigno y actualizado, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente la información, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. cualquier cambio en la situación de riesgo asumido en la información que hubiese proporcionado; en caso de no actualizar la información será porque esta no se ha modificado por lo que la actual sigue vigente. Durante la vigencia de la relación con BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.
IMPORTANTE: No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la póliza, asegurados, o beneficiario(s).
- 13.3 Conocer(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.
- 13.4 La póliza entrará en vigor si: a) el solicitante la recibe y acepta sin cambio alguno, b) si la prima inicial se pagó en su totalidad y c) las declaraciones hechas en la fecha de la solicitud son exactas y las condiciones de asegurabilidad y estado financiero del Asegurado Propuesto se mantienen a la fecha de la entrega de la póliza.
- 13.5 Cualquier cambio en la suma asegurada, edad, fecha de emisión de la Póliza, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficios, deben acordarse por escrito, donde así se exija. El Asegurado de la Póliza ejercerá los derechos de la póliza sin el consentimiento del (los) beneficiario(s) sujeto a cualquier restricción estatutaria y a los derechos de cualquier beneficiario designado con carácter irrevocable.
- 13.6 La veracidad de las declaraciones son las que motivan a que BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., acepte la contratación de la Póliza y en consecuencia cualquier declaración falsa o inexacta o su omisión implicaría la intención de irrogar daño o perjudicar a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. con las consecuencias legales que esto implica.

14. AUTORIZACIONES

- 14.1 Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre mi historial médico, en la presente solicitud. La información que se detalla en esta solicitud es importante y necesaria. La falta de veracidad u omisión liberarán a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. del cumplimiento de sus obligaciones. BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considerará esta declaración como la única para la evaluación de mi solicitud y las condiciones de la emisión de la póliza. El Asegurado tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de la información en la solicitud del seguro podrá acarrear su anulación.
- 14.2 Autorizo a cualquier médico hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, o compañía de seguros, la Oficina de Información Médica o agencia de información del consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental o que posea información relacionada con la cobertura para mi persona para que suministre a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o a su representante legal, toda la información que le sea solicitada. Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo a la normativa vigente de salud. Esta autorización será válida por tres años a partir de la vigencia de la póliza. Una copia de la misma se considerará tan válida como la original.
- 14.3 Autorizo a cualquier prestador o proveedor de servicios no médicos, como por ejemplo, establecimientos educativos, deportivos, o cualquier otra entidad pública o privada portadora o tenedora de información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. toda la información que le se a solicitada.
- 14.4 Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a obtener toda la información que considere necesaria, de cualquier médico, prestador de salud, aseguradoras, empresas de medicina prepagada nacionales o extranjeras, información sobre exámenes, tratamientos, diagnósticos, antecedentes médicos, etc. pero no limitado a exámenes o tratamientos médicos realizados, o que en el futuro se me practiquen mientras se encuentre vigente la póliza. Cualquier acción por parte del Asegurado o sus médicos que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
- 14.5 Autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., utilizar canales de notificación y/o comunicación electrónica, call center, celular o cualquier mecanismo que guarde información en medios magnéticos o digitales en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información o notificaciones por cualquier medio incluyendo medios electrónicos.
Solamente el personal autorizado de BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. tendrá la potestad de completar los espacios no llenados en el formulario de solicitud o que se encuentre ilegibles. Esta autorización implica los numerales 1, 2, 3 y 7. Se aclara en este caso, que la información recabada se guardará en medio digital.
- 14.6 Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos comprendidos en el contrato de seguro; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a BMI DEL ECUADOR COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. toda la información que ésta les requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente" requerida por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. Inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento de sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

15. FIRMA

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas de seguro.

.....
Lugar

..... / /
día mes año

.....
FIRMA DEL CONTRATANTE

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

16. REPORTE DE LA AGENCIA/AGENTE DE SEGUROS (ESPACIO A SER LLENADO POR EL EJECUTIVO/AGENTE)

Nombre o razón social de la Agencia /Agente:

Nombre y cargo del ejecutivo encargado:

Correo del ejecutivo encargado:

1. Si el cónyuge del propuesto asegurado no está asegurado, explique por qué

2. Si aplica, ¿Informó al Asegurado Propuesto sobre la Oficina de Información Médica, MIB? SI NO

3. ¿Vio personalmente al Asegurado Propuesto, le hizo cada una de las preguntas de la solicitud de seguro y registró las respuestas correctamente? SI NO

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la normativa vigente emitida por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros y que es requerida por BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Fecha: (ciudad) (día) (mes) (año)

.....
Firma del Ejecutivo/Agente

17. REQUISITOS

a) REQUISITOS OBLIGATORIOS

Copia a color del documento de identificación del asegurado propuesto.

Copia de un recibo de servicio básico (agua, luz, teléfono, internet / dirección registrada en la solicitud).

Copia a color del documento de identificación del cónyuge del asegurado propuesto.

Copia del formulario 102 (SRI) si tiene negocio propio

Copia del formulario 102 (SRI) si es empleado privado o público y tiene negocio propio

Copia del formulario 107 (SRI) si es empleado privado o público

18. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la Verificación de éste texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente solicitud el registro No. 51937; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00045172-O de 10 de julio de 2019.

