SEGURO DE VIDA EN GRUPO
TARJETA DE ENROLAMIENTO

INTEROCEANICA
C.A. SEGUROS Y REASEGUROS
¡Más que seguros!

Contratante: .....

1. Datos Personales

Nombre del Titular: .....
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Cédula de Identidad o Pasaporte ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de nacimiento: Año:..... Mes: ..... Día:.....

Fecha de vinculación con el contratante: Año:..... Mes: ..... Día:.....

Fecha de ingreso o Póliza: Año:..... Mes: ..... Día:.....

Plan o Grupo: ..... Vida: ..... A.M.: ..... Salario:.....

Estado Civil: ..... Cobertura: ..... Individual:..... Familiar: .....

2. Declaración de Asegurabilidad de usted o sus dependientes. Conteste SI o NO

a) Ha sido tratado de presión arterial, problemas de corazón, albúmina o azúcar en la orina, diabetes, tuberculosis, tumores cancerosos, úlceras estomacales, desordenes mentales o problemas nerviosos, dentro de los últimos 12 meses ☐
b) Se le ha recomendado alguna intervención, operación o internamiento en un hospital, clínica o institución similar en los últimos 12 meses. ☐
c) Lo han intervenido quirúrgicamente en los últimos 12 meses ☐
d) Lo han negado o aplazado o reducido o modificado algún seguro de vida, accidentes o asistencia médica, ☐
e) Aviación: hace usted uso de medios de transporte aéreos, civiles o militares, públicos o particulares ☐
f) Practica como aficionado algún deporte ☐
g) ¿Fuma? ☐
h) ¿Toma bebidas alcohólicas? ☐
i) Se considera actualmente en buen estado de salud y completamente apto para el trabajo. ☐

Contratante:.....

Nombre del Titular: .....

Póliza N°:..... Fecha de Ingreso al plan Año: ..... Mes..... Día .....

....
Firma del Titular Lugar y Fecha

Aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución SB-INS-2000-102 de mayo 29 del 2000

QUITO MATRIZ: Av. Amazonas N35-17 y Juan Pablo Sanz, Edif. Xerox 5to Piso. PBX:(593-2) 297 75 00 / 225 1400. Fax: (593-2) 244 3189 Casilla: 1716156 E-mail: servicio.cliente@segurosinteroceanica.com
GUAYAQUIL: Av. Francisco de Orellana N2-111 y Justino Cornejo Edif. World Trade Center Torre A 8vo Piso Of. 801. PBX: (593-4) 263 0661 Fax: (593-4) 263 0669
IBARRA: Oviedo 739 y Bolívar, Edif. Mutualista Imbabura Of. 402 Telfs: (593-6) 264 3653 / 264 2730 - Fax: (593-6) 264 3654. Casilla: 1001135
PORTOVIEJO: Ricaurte y América esquina Telefax: (593-5) 263 9923 / 265 4591 / 265 4592 **MANTA:** Av. Malecón Jaime Chávez y Calle 19, Edif. El Navio 6to Piso Of. 601 Telefax:(593-5) 261 3896 / 261 3899/ 09 735 8184
AMBATO: Rodrigo Pachano y Montalvo, C.C.Caracol Local 29,30,31 Telf.: (593-3) 242 3856 / 242 3857 Fax: (593-3) 2826793
SANTO DOMINGO: Av. Quito, frente al Hotel Toachi, 2do. Piso Of. 1 A Telfs:(593-2) 274 6163 / 274 6173 / 276 4614

1800 - SEGUROS
7348767

www.segurosinteroceanica.com

SEGURO DE VIDA
Detalle de Beneficiarios

SEGURO MÉDICO
Detalle de dependientes cónyuge e hijos, menores a 23 años si son solteros, no trabajan y estudian a tiempo completo

Nombres y Apellidos	Parentesco	%	Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha Nacimiento

Tutor (Para beneficiarios menores de edad)

....
Apellidos y nombres completos Cédula de Identidad

De acuerdo con mi conocimiento certifico que todas las respuestas son verídicas y completas asi mismo y por la presente autorizo a cualquier médico, clínica u hospital para suministrar a Interoceánica C.A. de Seguros y Reaseguros la información que requiera relacionada con mi estado de salud o el de mis dependientes

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del empleado
C.I,.....

SEGURO DE VIDA
Detalle de Beneficiarios

SEGURO MÉDICO
Detalle de dependientes cónyuge e hijos, menores a 23 años si son solteros, no trabajan y estudian a tiempo completo

Nombres y Apellidos	Parentesco	%	Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha Nacimiento

Tutor (Para beneficiarios menores de edad)

....
Apellidos y nombres completos Cédula de Identidad

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del titular
C.I,.....