



## DECLARACION DE SALUD – SEGUROS COLECTIVOS

DATOS DEL CONTRATANTE	
Nombres Completos:	FINANFONDO FCPC
Número de Cédula / RUC / Pasaporte:	1791751485001
DATOS DEL ASEGURADO	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	Número de Cédula / RUC / Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:	
Dirección Domicilio:	
Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico:	

### DECLARACIÓN DE SAUD

¿Ha sufrido o le han diagnosticado enfermedades mentales-psiquiátricas; cardiovasculares; pulmonares; renales; gastrointestinales; cerebrovasculares; artritis; sida o VIH positivo; hipertensión arterial; cáncer; diabetes; obesidad mórbida; enfermedades hepáticas; enfermedades neurológicas; enfermedades degenerativas; Covid-19; fuma más de 10 cigarrillos al día o es adicto a alguna droga o al alcohol?

SI NO

En el evento de padecer o que le hayan diagnosticado alguna de las enfermedades antes mencionadas indicar cual o cuales padece, quien fue o es el médico tratante y la fecha en que le fue diagnosticada.

ENFERMEDAD/ES: .....

MÉDICO/S TRATANTE/S: .....

FECHA/S DE DIAGNÓSTICO: .....

#### Se tiene entendido y se está de acuerdo que:

1. Por medio de la presente declaro que las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo. Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas, eximirá a SEGUROS UNIDOS S.A. de toda obligación de indemnizar.
2. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital o sanatorio para que imparta a la SEGUROS UNIDOS S.A cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.
3. SEGUROS UNIDOS S.A, se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aa)

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente certificado el registro No. SCVS-1-2-SF-59-1004421-31052021 de 31 de Mayo de 2021).

NOTA: La vigencia del seguro empieza a la recepción y aceptación de esta solicitud por Seguros Unidos S.A., quien se reserva el derecho de verificar la información consignada por el declarante, previo a la aceptación del riesgo y posterior otorgamiento de cobertura una vez recibida la solicitud. Aplican condiciones y restricciones.

QUITO: Santamaría E4-333 y Av. Amazonas, Edificio Tarqui-Pisos 7-8-9  
PBX\_ (593-2)6007-700- 1800 SUNIDOS (1 800-786 436)-Casilla 1703-73

GUAYAQUIL: Av. 9 de Octubre 1911 y Esmeraldas, Edificio Finansur -Pisos 9  
PBX\_ (593-4)6007-700- 1800 SUNIDOS (1 800-786 436)

CUENCA: Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros  
Telf.\_ 2840-080/2843-856- 1800 SUNIDOS (1 800-786 436)