

## SOLICITUD DE SEGURO



Envío sin costo por Fax al **1800 244 244**



Entrega a Banco Pichincha en  
**Balcón de Servicios**

Apellidos y Nombres

C.I.

Fecha de nacimiento (D/M/A)

Sexo M/F

Estado Civil

Ciudad residencia

Dirección del domicilio

Teléfono del domicilio

Teléfono comercial

Teléfono celular

Dirección de correo electrónico

Por el presente documento, autorizo de forma expresa y voluntaria a que el Banco Pichincha C.A., debite de manera automática y mensual de mi cuenta el valor correspondiente a la prima del Plan **VIVIR SEGURO**, contratado por mi persona con las compañías **SEGUROS DEL PICHINCHA C.A. Y AIG METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

Cuenta No : \_\_\_\_\_ Ahorros  Corriente

Prima mensual titular \$ 2.99

Prima mensual titular + cónyuge \$ 4.99

Prima mensual titular + familia \$ 8.99

Fecha      
Día Mes Año

Ciudad

Firma

Un producto de