

**SOLICITUD INDIVIDUAL  
Para Póliza de Seguro de Vida Desgravamen**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

El (La) suscrito (a) solicita a la Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza S.A., ser incluido (a) en la protección del Seguro de Vida en Grupo emitido o por emitirse, de acuerdo con la siguiente información:

Declaración de Asegurabilidad conteste (con una cruz en los espacios previstos para SI o NO) si en los últimos doce (12) meses Usted:

- a) Ha recibido tratamiento médico por presión arterial, problemas del corazón; albumina o azúcar en la orina, diabetes, tuberculosis, cáncer o tumores malignos; úlceras estomacales; problemas y/o desórdenes nerviosos y/o mentales? SI  NO
- b) Ha sido intervenido quirúrgicamente o internado para tratamiento médico en alguna clínica, hospital o casa de salud? SI  NO
- c) Ha sido requerido por consejo médico para someterse a tratamientos quirúrgicos o internamiento hospitalario? SI  NO
- d) Ha sido rechazada, aplazada o de alguna forma modificada, cualquier solicitud suya para seguros de vida, accidentes y/o gastos médicos. SI  NO

Si ha contestado afirmativamente algunas de las preguntas anteriores, proporcione detalles al respecto (incluyendo nombres de médicos, lugares y fecha)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia o información alguna, fuera de las aquí declaradas, que pueden agravar el riesgo de la vida. Acepto que esta solicitud sirva de base para el seguro y forma parte integrante de la Póliza. Estoy de acuerdo en que mi seguro quede nulo y sin efecto si se comprueba que hay falsedad o reticencia de mi parte.

Autorizo expresamente a la Compañía para solicitar a cualquier médico, hospital o clínica información sobre mi historia médica.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_\_

Revisado y aprobado por:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

Certificado No. \_\_\_\_\_

Inicio Vigencia: \_\_\_\_\_

**GUAYAQUIL**

Av. 9 de Octubre 2101 y Tulcán  
Edificio Ecuatoriano Suiza

**QUITO**

Av. Los Shyris N37-27 y Naciones Unidas  
Edificio Silva Núñez, Piso 8

**SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS**

Urb. Banco de Fomento, Av. Río Lellia entre Záparos y Zarzas  
Edificio Eugenia Rivas de Checa, PB