

SOLICITUD INDIVIDUAL
Para la Póliza de Seguro de Vida en Grupo

Nombre del Empleado (a): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Contratante (Empleador): _____

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)

Designo como Beneficiario en caso de muerte:

Nombre: _____ % _____ Parentesco: _____
 Nombre: _____ % _____ Parentesco: _____
 Nombre: _____ % _____ Parentesco: _____
 Nombre: _____ % _____ Parentesco: _____

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: _____
------------------	-----------------------	------------------------

La presente solicitud fue aprobada por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. 85-343-S del 29 de Noviembre de 1985.