

**SOLICITUD INDIVIDUAL**  
**Para Póliza de Seguro de Accidentes Individuales**  
**R.U.C. 0990022453001**

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 Accidentes Individuales emitido o por emitirse para mi Empleador, 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 mis beneficiarios 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 \_\_\_\_\_

<p align="center">Revisado y aprobado por:</p> <p align="center">_____</p> <p>Fecha: _____</p>	<p align="center">Firma del Solicitante</p> <p align="center">Cédula de Identidad No. _____</p>
--	---

Póliza No. _____	Certificado No. _____	Inicio Vigencia: _____
------------------	-----------------------	------------------------