

**COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

**AVISO DE SINIESTRO
DEFUNCIÓN**

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	:			
Cédula de Identidad	:		Fecha de Nacimiento	:
Dirección	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Email	:			
APS	:			

INFORMACION DEL BENEFICIARIO QUE NOTIFICA EL SINIESTRO

Nombres	:			
Cédula de Identidad	:		Relación con el Asegurado	:
Dirección	:			
Teléfono	:		Celular	:
Ciudad	:		Provincia	:

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:		Endoso	:
Fecha	:		Hora	:
Causa	:			
Lugar	:			
Ciudad	:		Provincia	:

1. Detalle el evento

2. ¿En el momento del fallecimiento, el Asegurado estaba recibiendo atención médica en algún centro médico, hospital o clínica? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

3. ¿Intervino alguna autoridad? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

4. ¿Tenía el Asegurado seguros de accidentes personales en otra compañía? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro

Autorizo a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S. A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad, inexactitud o error en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Beneficiario

El Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-3-4-SF-51-83004423, el 18 de Abril de 2023.