

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

**SOLICITUD DE SEGURO**

**SOLICITANTE:**

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad		Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Fecha de Nacimiento	:	Lugar de Nacimiento	:	
Peso (libras)	:	Estatura (m)	:	
Email	:			
APS	:			

**VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR:**

Desde	:		Hasta	:	
-------	---	--	-------	---	--

**LIMITES DE COBERTURAS:**

COBERTURAS	MONTOS REQUERIDOS	
Muerte accidental	USD	
Desmembración accidental	USD	
Invalidez total y permanente por accidente	USD	
Gastos medicos por accidente	USD	
Renta diaria por hospitalización por accidente	USD	
Gastos de sepelio por accidente	USD	
Gastos de ambulancia por accidente	USD	

**FORMA DE PAGO:**

MENSUAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	ANUAL <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

**BENEFICIARIOS:**

Nombres	Porcentaje	Parentesco	Teléfono	Correo Electrónico

**DECLARACION DE ASEGURABILIDAD:**

La falsedad u omisión de los datos proporcionados por el asegurado, vician de nulidad el contrato de seguro.

Conteste SI o NO a cada una de las siguientes preguntas. En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario.

- |   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Ha sido rechazada, aplazada o modificada, cualquier solicitud suya para seguros de accidentes y/o gastos médicos? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Ha sido declarado discapacitado por alguna institución? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Ha participado o piensa participar en actividades de deportes riesgosos tales como: boxeo, inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicleta, lanchas u otros? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Se desempeña Ud. como bombero, policía, vigilante, guardia de seguridad, personal de las fuerzas armadas, u otra ocupación de riesgo?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿Tiene seguros de Accidentes Personales en otra compañía? En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Número de la pregunta	Detalle

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. a verificar la información de este formulario. Declaro bajo juramento que los fondos para el pago de primas, gastos e impuestos en razón o consecuencia de la emisión de pólizas contratadas con COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S. A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S. A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

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

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 a la presente solicitud el número de registro SCVS-3-4-SF-46-83004423, el 18 de Abril de 2023.