

**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.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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.