EcuaSuiza Seguros

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

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

INFORMACION DEL SOLICITANTE:

Nombre	:				
C.I. / RUC	:				
Dirección	:				
Actividad	:				
Ciudad			Provincia	:	
Teléfono	:		Celular	:	
Email	:				
APS	:				

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR:

Desde	:		Hasta	:	

INFORMACIÓN DEL GRUPO:

Número de personas	:		Edad Promedio	:	
Monto de siniestros pagados en los últimos tres años	:		Número de eventos en los últimos tres años	:	

LIMITES DE COBERTURAS:

COBERTURAS	**MONTOS REQUERIDOS**	
Muerte accidental	USD	
Desmembración accidental	USD	
Invalidez total y permanente por accidente	USD	
Gastos médicos 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	☐	TRIMESTRAL	☐	SEMESTRAL	☐	ANUAL	☐

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 este 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-50-83004423, el 18 de Abril de 2023.