COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

Aviso de siniestro por Defunción

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

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

INFORMACION DEL BENEFICIARIO QUE NOTIFICA EL SINIESTRO

Nombres:			
Cedula de Identidad:		Relación con el asegurado:	
Dirección:			
Ciudad :		Provincia:	

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

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

1. ¿En caso de haberse producido el fallecimiento por un accidente, favor detalle el evento incluyendo lugar y fecha?

_____

_____

_____

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 vida 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 su detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:_____

_____

Firma del Asegurado

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-1-2-SF-116-804004422, el 14 de Octubre de 2022.