

COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

Solicitud de seguro y declaración de Asegurabilidad

DATOS DEL SOLICITANTE								
Apellidos compl	etos		Nombres complete	os		Cédula de identidad	Fecha de na	icimiento
Estatura	Peso (lbs)	Dirección			Correo electróni	со	Teléfono	
DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE								
contrato de se declaración de	guro, según el	cuestionario d ian de nulida	que le sea propue	está obligado a declarar ob sto por el asegurador, y o ato de seguro, con la salv	de conformidad	con la ley. La reticencia	o falsedad a	cerca de la
En base a lo mencionado anteriormente, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existen circunstancia o informa fuera de las aquí declaradas, que puedan agravar el riesgo de la vida.								ión alguna,
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD Conteste (con una cruz en los espacios previstos SI o NO) si Usted:								
-		· -			4-1	alkúmina a amúsau sa la		
1 ¿Ha recibido tratamiento médico o ha sido diagnosticado por presión arterial, problemas del corazón; albúmina o azúcar en la orina; diabetes; tuberculosis; cáncer o tumores malignos; enfermedades pulmonares; úlceras estomacales; problemas y/o desórdenes nerviosos y/o mentales?								No 🗌
2 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o internado para tratamiento médico en alguna clínica, hospital o casa de salud?						asa de salud?	Si	No 🗌
3 ¿Ha sido requerido por consejo médico para someterse a tratamiento quirúrgico o internamiento hospitalario?							Si	No 🗌
4 ¿Ha sido rechazada, aplazada o de alguna forma modificada, cualquier solicitud suya para seguros de vida, accidentes y/o gastos médicos?								No 🗌
5 ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro?						S[No 🗌	
6 ¿Practica Ud alguno de estos deportes: boxeo, inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicleta, lanchas u otros ?						S	No 🗌	
7 ¿ Se desempeña Ud como bombero, policía, vigilante de tránsito, guardia de seguridad, personal de las fuerzas areas, naval del Ecuador?						Si	No 🗌	
Si la respue Solo una dos Primera y se Dosis de refi	cibido la vacu sta es afirmativa is gunda dosis		ar:	mes de			Si	No
El Asegurado,	podrá solicitar a	ı la Superinte	ndencia de Compa	iñías, Valores y Seguros, l	a verificación de	este texto.		
			Valores y Seguros de Octubre de 20	para efectos de control as 22.	signó a la preser	nte solicitud el número de	registro:	
ECUASUIZA - GUAYAQUIL Guayaquil : Av. 9 de Octubre 2101 y Tulcán Telf: 04-3731515				www.ecuasuiza.ec		ECUASUIZA - QUITO Quito : Av. Los Shyris N-37-27 y N. Unidas Telf-Fax: 02-3731515		

Email: ecuasuiza@ecuasuiza.ec

Email: ecuasuiza@ecuasuiza.ec