COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

Solicitud de Seguro

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Contratante:		C.I: / RUC:	
Asegurado:		C.I: / RUC:	
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:	

FORMA DE COBERTURA

VIDA	☐	VIDA Y ANEXOS	☐

LIMITES DE COBERTURAS

COBERTURAS		MONTOS REQUERIDOS
Vida	USD	
Muerte accidental	USD	
Invalidez total y permanente	USD	
Invalidez total y permanente por accidente	USD	
Enfermedades graves	USD	
Gastos médicos por accidente	USD	
Renta diaria por hospitalización	USD	
Gastos de sepelio	USD	
Gastos de ambulacia por accidente	USD	

FORMA DE PAGO:

MENSUAL		TRIMESTRAL		SEMESTRAL		ANUAL		

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otros establecimiento de servicios médicos o relacionados o compañía de seguros, la Oficina de Información Médica o agencia de información del consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o prognosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental o que posea información que no sea médica sobre mi persona que suministre a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A, o a su representación legal, toda la información que le sea solicitada. Autorizo a COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo a la normativa vigente de salud. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación.

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-1-2-SF-119-804004422, el 14 de Octubre de 2022.