

**COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.
SEGURO DE VEHÍCULOS**

SOLICITUD DE SEGURO

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde	:		Hasta	:	
-------	---	--	-------	---	--

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Marca	:		Modelo	:	
Año	:		Placa	:	
Uso	:		Color	:	

1. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO
 En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron los motivos?

2. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años? SI NO
 En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Cobertura afectada	Fecha de ocurrencia	Monto indemnizado

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar, fecha y firma:

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 al presente formulario el número de registro SCVS-6-7-SF-181-850004423, el 1 de Diciembre de 2023.