

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO

SOLICITANTE EUGENIO MEZA ANDRADE

Nombre:	EUGENIO MEZA ANDRADE		
C.I./R.U.C.	1756363667		
Dirección:	LA CONCEPCION Francisco de Miranda . N48-287 . Nicolas Lopez. Pinar Bajo .		
Ciudad:	VALENCIA	Teléfono:	022342814
Fecha de Nacimiento:	1983-01-14	Lugar de Nacimiento:	
Peso (libras):	120	Estatura (cm):	170
Email:	eugeniomezaandrade@gmail.com		
A.P.S.:	TECNISEGUROS S.A. AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS		

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde:	13-08-2020	Hasta:	13-08-2021
--------	------------	--------	------------

LIMITES DE COBERTURA

COBERTURAS	MONTOS REQUERIDOS	
Muerte por cualquier causa	USD	
Enfermedades Graves	USD	

BENEFICIARIOS

NOMBRES	PORCENTAJE	PARENTESCO
EEEE EEEEE EEEEE EEEEE	100	PADRE/MADRE

ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario	SI	NO
1. ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro?		X
2. ¿Tiene seguros de vida en otra compañía, en caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro?		X
3. ¿Ha participado o piensa participar en actividades de deportes riesgosos tales como: boxeo, inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicleta, lanchas u otros?		X
4. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia		X
5. ¿Ha consumido cualquier derivado de tabaco en los últimos 12 meses? En caso afirmativo indique tipo, cantidad y frecuencia		X

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO

6. ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada?		X
7. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?		X

Detalle de las preguntas

Número de la pregunta	Detalle
-----------------------	---------

HISTORIAL CLÍNICO

En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario		SI	NO
1. ¿Tiene médico personal? En caso de ser afirmativa su respuesta cita el nombre del médico			X
2. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico?			X
3. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación en los últimos tres (3) años?			X
4. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio en los últimos tres (3) años?			X
5. ¿Tiene que ser hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?			X
6. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente?			X
7. ¿Han padecido sus padres o hermanos diabetes, cáncer hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?			X
8. Solo para mujeres, ¿Está embarazada? Indique cuantas semanas o meses			X

Número de la pregunta	Diagnóstico y tratamiento	Fecha de tratamiento Mes/Año	Duración:	Nombre del Médico - Clínica – Hospital
-----------------------	---------------------------	---------------------------------	-----------	----------------------------------------

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otros establecimiento de servicios médico o relacionados o compañía de seguros, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental o que posea información que no sea médica sobre mi persona que suministre a SEGUROS SUCRE S.A., o a su representación legal, toda la información que le sea solicitada. Autorizo a SEGUROS SUCRE 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 toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a SEGUROS SUCRE 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 SEGUROS SUCRE S.A. tienen origen lícito. Eximo a SEGUROS SUCRE S.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha: Quito, 13-08-2020

FIRMADO ELECTRONICAMENTE

Firma del Solicitante

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO**

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 42629, el 14 de Octubre de 2016.