



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DESGRAVAMEN POR SALDOS
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD COMPLETA**

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Nombres Completos: _____
Dirección: _____ Teléfonos: _____
Correo electrónico: _____

DATOS DEL DEUDOR ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____
Número de Cédula / RUC / Pasaporte: L _____ Fecha de nacimiento: ____|____|____|
Estado Civil: _____ Género: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Actividad económica/Ocupación: _____
Ingresos Mensuales: _____ Correo electrónico: _____
Dirección Domicilio: _____ Dirección Oficina: _____
Teléfono Domicilio/Oficina/Celular: _____

DATOS DEL CODEUDOR DEL ASEGURADO (en caso de aplicar)

Nombres y Apellidos: _____
Número de Cédula / RUC / Pasaporte: L _____ Fecha de nacimiento: ____|____|____|
Estado Civil: _____ Género: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Actividad económica/Ocupación: _____
Ingresos Mensuales: _____ Correo electrónico: _____
Dirección Domicilio: _____ Dirección Oficina: _____
Teléfono Domicilio/Oficina/Celular: _____

DECLARACIONES DEL PROPUESTO DEUDOR ASEGURADO / CODEUDOR DEL ASEGURADO

Este formulario debe ser llenado por el Propuesto Asegurado como una prueba del estado de salud

1. ¿Ha sido tratado de presión arterial, problemas de corazón, albúmina o azúcar en la orina, diabetes, tuberculosis, tumores cancerosos, úlceras estomacales, desórdenes mentales o problemas nerviosos, dentro de los últimos doce (12) meses?
SI () NO ()
2. ¿Se le ha recomendado alguna intervención operación o internamiento en un hospital/clínica/institución similar, en los últimos doce (12) meses?
SI () NO ()
3. Se lo ha intervenido quirúrgicamente o internado en un hospital/clínica/institución similar, en los últimos doce (12) meses?
SI () NO ()
4. ¿Le han negado, aplazado, reducido, modificado algún seguro de vida, de accidentes u hospitalario?
SI () NO ()
5. ¿Hace uso de medios de transporte aéreo, civil o militares, públicos o particulares?
SI () NO ()
6. ¿Practica como aficionado algún deporte?
SI () NO ()
7. ¿Fuma?
SI () NO ()
8. ¿Toma bebidas alcohólicas?
SI () NO ()
9. ¿Se considera actualmente en buen estado de salud y completamente apto para el trabajo?
SI () NO ()

En caso de padecer otra enfermedad de las descritas, favor indicar cual enfermedad y la fecha de su diagnóstico, para el correspondiente análisis por parte de la Compañía:



Titular Propuesto Deudor Asegurado:

Codeudor Propuesto del Asegurado:

Las respuestas que anteceden son verídicas y son la base sobre la que solicito el seguro, cualquier omisión, inexactitud y ocultamiento, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, excepto en caso de inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, conforme establece el artículo 14 del Decreto Supremo 1147. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento, de parte de la Compañía, de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o centro de salud para que suministre a AIG-Metropolitana todo tipo de información que solicite con respecto a tratamiento, exámenes, dictamen y hospitalización que haya recibido. La Compañía se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud, una vez evaluada y verificada la información aquí consignada, por lo que el presente formulario no implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida de desgravamen solicitado.

Declaro libre y voluntariamente que los fondos con los cuales se pagará la prima de este seguro tiene origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades de narcotráfico, lavado de activos o financiamiento de terrorismo.

Declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata, cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.

Declaro haber recibido el certificado individual de seguro que contiene el resumen de las condiciones generales de la Póliza a la cual se adhiere la presente declaración y declaro conocerlas y aceptarlas.

Autorizo a la Compañía a enviar la información relacionada con mi seguro y factura, al correo electrónico que consigno en la presente solicitud, reconociendo que los mensajes de datos tienen igual valor jurídico que los documentos escritos y su eficacia y valoración se somete a la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de Datos.

Por este medio certifico que toda la información y documentación aquí proporcionada es verídica.

Así mismo, acepto y autorizo a AIG Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A, sus filiales, pares, subsidiarias, relacionadas para que puedan: archivar, procesar, compartir con sus proveedores, manejar, administrar y mantener mis datos personales e información relacionada con el siniestro reportado conforme su Política de Privacidad disponible en su sitio web: www.aig.com.ec, la que declaro conocer.

Lugar y fecha: _____

DEUDOR ASEGURADO

CODEUDOR DEL ASEGURADO

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.