



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

**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**

Declaro en mi calidad de Deudor Asegurado, que mi estado de salud es normal, y que durante los últimos doce (12) meses los médicos tratantes no me han diagnosticado enfermedades cardiovasculares, afecciones cardiacas, respiratorias, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, SIDA o infecciones por VIH, tuberculosis, diabetes, embolismo y/o aneurisma, cirrosis, esclerosis múltiple, hepatitis(b, c ,d ó e), enfermedades crónicas, enfermedades graves u otras por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico. De igual manera declaro que a la fecha de firma de esta declaración, he recibido el resumen de las condiciones generales de la Póliza a la cual se adhiere la presente declaración y declaro conocerlas y aceptarlas.

Titular Propuesto Deudor Asegurado: SI ( ) NO ( )

Codeudor del Asegurado: SI ( ) NO ( )

Nota: En caso de padecer alguna de las enfermedades descritas u otras diferentes, favor indicar cual enfermedad y la fecha de su diagnóstico, para el correspondiente análisis por parte de la Compañía.



Titular Propuesto Asegurado:

---

Dependiente Propuesto 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](http://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.