



UNIVERSIDAD ESTATAL AMAZÓNICA
DIRECCION DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Asegurado (nombres completos)	:				
Cedula de Identidad	:		Fecha de Nacimiento	:	
Carrera	:		Nivel	:	
Dirección Domiciliaria:	:				
Teléfono de Contacto	:		Correo	:	

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Tipo de accidente	:		Acta de Defunción	:	
Fecha	:		Hora	:	
Lugar	:				
Ciudad	:		Provincia	:	

1. Detalle el evento



2. ¿Estuvo hospitalizado? SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta:

Nombre del hospital o clínica

Fecha de ingreso: _____

Fecha de alta médica: _____

3. ¿Intervino alguna autoridad de la UEA al momento del accidente? SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

4. ¿A qué funcionario de la UEA usted notificó del accidente que padeció/ defunción del estudiante?

Persona que notifica:

Nombres y Apellidos: _____

Cedula: _____

Parentesco: _____

Fecha: _____

Información de Contacto: _____

Firma

 www.uea.edu.ec

 Km. 2. 1/2 vía Puyo a Tena (Paso Lateral)

 032892-118 / 032892-188 032892-098 / 032896-188 032896-476

#UEAesExcelencia

