



Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente documento son correctos y fidedignos, por lo que, libero de responsabilidad a Equivida S.A. por errores derivados de una inexacta entrega de información de mi parte. Así mismo declaro que los fondos solicitados para que me sean entregados y que recibiré por parte de Equivida S.A., por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador.

*Faculto a Equivida Compañía de Seguros S.A, a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que puede utilizar o entregar dicha información a las autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.*

*Eximo a Equivida Compañía de Seguros S.A., de toda responsabilidad, inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.*

---

(F) Asegurado, Beneficiario y/o Representante legal

Cualquier inquietud sobre los valores entregados, favor comuníquese con su ejecutivo de cuenta asignado o servicio al cliente 1800-EQUIVIDA(378484).