

SEGURO:
INDIVIDUAL
VIDA
COLECTIVO
ACCIDENTES PERSONALES

POR FAVOR NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO EN ESTE FORMULARIO

CIUDAD

EN LOS CASOS QUE NO APLIQUE, INDIQUE: N/A

FECHA

dd / mm / aaaa

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL ASEGURADO

La información aquí descrita será considerada confidencial.

PÓLIZA No.

1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellidos: _____ Nombres: _____

 Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte No. _____ Sexo: M F

 Estado Civil Actual: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre

Nombre y apellidos del cónyuge o conviviente: _____

 Cédula Pasaporte No. identificación del cónyuge o conviviente: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Lugar

dd / mm / aaaa

Nacionalidad: _____

Dirección del domicilio:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o Sector

Calle Principal

Número

Calle Transversal

Conj. Edif.

Dpto.

País: _____

Teléfonos:

Convencional

Celular

Fax

Correo electrónico personal: _____

Referencias personales

Nombre: _____ Parentesco/relación _____

Teléfonos: _____

Referencias comerciales

Entidad: _____ Monto: _____

Teléfonos: _____

Referencias Bancarias / Tarjeta de Crédito

Institución Financiera: _____

Tipo: _____

 ¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí No Organismo/Entidad (PEP) _____

JB-2012-2147 Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea un colaborador cercano de una persona políticamente expuesta (Form. PEP)

2. DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO BENEFICIARIO

 Su ocupación es: Jubilado Estudiante Ama de Casa Profesión: _____ Tiempo en la actividad: _____

 Independiente Nombre del negocio: _____ Actividad económica del negocio: _____

Dirección del Negocio:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o Sector

Calle Principal

Número

Calle Transversal

Conj. Edif.

Dpto.

País: _____

Teléfonos:

Convencional

Celular

Fax

Correo electrónico Negocio: _____

 Empleado: Privado Público

Empresa: _____ Antigüedad en la empresa: _____

Cargo: _____ Actividad económica de la empresa: _____

Dirección del trabajo:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o Sector

Calle Principal

Número

Calle Transversal

Conj. Edif.

Dpto.

País: _____

Teléfonos:

Convencional

Celular

Fax

Correo electrónico trabajo: _____

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

 De la actividad principal: Total de ingresos mensuales

 Ingreso por actividad principal:

 Otros ingresos: (Especifique la fuente):

 Situación Financiera Total Activos:

 Total Pasivos:
4. RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS POR CONCEPTO DE SEGUROS EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS (Cuando el valor de cada indemnización haya superado los diez mil dólares de los Estados Unidos de América.)

| Fecha | Tipo de Seguro | Valor Recibido | Compañía de Seguros |
|-------|----------------|----------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Así mismo declaro que el origen de los fondos entregados a Equivida S.A., por la(s) póliza(s), tienen un origen lícito, permitido por las leyes del Ecuador.

Faculto a Equivida 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 autorizado para que pueda utilizar, o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO
C.C.

LUGAR Y FECHA

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Copia de documento de identificación del solicitante (cédula o pasaporte).

7. PARA USO INTERNO DE EQUIVIDA S.A.

De los documentos, información y procesos realizados:

Nombre del funcionario quien realizó el proceso de suscripción o pago de siniestro:

Fecha

Firma

Nombre del funcionario quien realizó el proceso de validación de datos en listas reservadas:

Fecha

Firma

Revisión de listas Sí No

Observaciones: