

**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: