

Ciudad: 

 Fecha: 
**1. DATOS PERSONALES**

 Apellidos:  Nombres: 

 Lugar y Fecha de Nacimiento:  Nacionalidad: 

 Ocupación:  Estado Civil Actual: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Unión Libre 

 Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte  No. 

 Dirección de residencia:    
Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o Sector
Calle Principal
Número
Calle Transversal
Conj. Edif.
Dept.

 Teléfono:  Celular:  Correo electrónico: 

 Dirección del trabajo:    
Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o Sector
Calle Principal
Número
Calle Transversal
Conj. Edif.
Dept.

 Teléfono:  Ext:  Correo electrónico: 
**2. SOLICITUD**
**Como Asegurado de Equivida S.A. mediante póliza N°:** 

 Colectiva  Proteger Plus  Provisión  Creciente  Accidentes personales  Universal 
**Solicito realizar los siguientes cambios:**

 Inclusión de Coberturas  Cambio de forma de pago  Disminución de montos 

 Exclusión de Coberturas  Debitar del ahorro para cubrir pago de prima  Aumento de montos 

 Cambio de Beneficiarios  Rehabilitación  Aumento de ahorro 

 Cambio de beneficio (A o B)  Conversión a:  Disminución de ahorro  Otros 
**COBERTURAS-MONTOS-CONDICIONES**

COBERTURAS	MONTO ACTUAL	MONTO REQUERIDO
Vida (muerte por cualquier causa)		
Enfermedades graves como anticipo		
Enfermedades graves como capital adicional		
Anticipo por enfermedad terminal		
Beneficio adicional por incapacidad total y permanente		
Beneficio en caso de enfermedades graves		
Muerte y/o desmembración accidental		
Incapacidad total y permanente por accidente		
Incapacidad total y permanente por enfermedad		
Gastos médicos por accidente		
Renta diaria por hospitalización por accidente		
Renta diaria por hospitalización por cualquier causa		
Asistencia en viajes (SÍ <input type="radio"/> / NO <input type="radio"/> )		
Plan dental (SÍ <input type="radio"/> / NO <input type="radio"/> )		
Exequial (SÍ <input type="radio"/> / NO <input type="radio"/> )		
Capital Complementario		

CONDICIONES	ACTUAL	REQUERIDO
Opción de beneficio por muerte (A o B)		
Forma de pago (mensual, trimestral, semestral, anual)		
Prima de ahorro		

**BENEFICIARIOS**

BENEFICIARIOS TITULARES	PARENTESCO	PORCENTAJE

  

BENEFICIARIOS CONTINGENTES	PARENTESCO	PORCENTAJE

Nota: Adjuntar copia de cédula, papeleta de votación actualizada y autorización de débito (si aplica).

**Únicamente en caso de rehabilitación o incremento de monto/cobertura**
**3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

a) ¿Ha consultado o recibido tratamiento médico desde que tomó la póliza de Equivida S.A. por primera vez o desde su último incremento de monto, cobertura o vigencia? No  Sí

Explique:

b) ¿Ha variado su actividad ocupacional o ha incursionado en alguna nueva práctica deportiva desde que tomó la póliza de Equivida S.A. por primera vez o desde su último incremento de monto, cobertura o vigencia? No  Sí

Explique:

c) ¿Tiene actualmente alguna discapacidad? En caso afirmativo por favor adjuntar copia del CONADIS. No  Sí

d) ¿Es usted fumador? No  Sí

Desde que edad fuma  y qué cantidad al día

En caso de haber dejado de fumar, ¿hace cuánto tiempo lo hizo?

Equivida S.A. se reserva todos los derechos que pueda asistirle, en caso de inexactitud o reticencia comprobada, sobre cualquiera de las declaraciones contenidas en este documento, que de presentarse producirá la nulidad de la póliza.

Firma del Contratante: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

**INFORME CONFIDENCIAL AGENTE**

¿Conoce las razones para el cambio solicitado? No  Sí

Escriba cualquier información complementaria que eventualmente podría influir en la calificación del riesgo

\_\_\_\_\_  
FIRMA AGENTE

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha