

VIDA

(A SER LLENADO POR EL BENEFICIARIO O SOLICITANTE)

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario con un solo color de tinta, con letra imprenta y legible. La información aquí descrita será considerada confidencial.

Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a Seguros Equinoccial S.A., contestado en su totalidad, en caso de comprobarse falsedad en este documento y sus respaldos, el Asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todos los derechos de indemnización.

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos:

Nombres:

Número de identificación:

Póliza:

2. DATOS DEL BENEFICIARIO RECLAMANTE

Apellidos:

Nombres:

Parentesco:

Número de identificación:

Estado civil:

Sexo M F

Dirección de domicilio:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o sector

Calle principal

Número

Calle transversal

Conjunto/Edificio

Dpto.

Dirección del trabajo:

Provincia

Cantón

Ciudad

Barrio o sector

Calle principal

Número

Calle transversal

Conjunto/Edificio

Dpto.

Teléfonos:

(OBLIGATORIO)

Celular

Domicilio

Oficina

Email:

(OBLIGATORIO)

3. CAUSA DEL RECLAMO

Muerte natural: Muerte accidental: Desmembración:

4. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO:

Ciudad:

Fecha:

dd / mm / aaaa

Hora:

Lugar:

Descripción de los hechos:

5. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Así mismo declaro que los fondos recibidos por parte de Seguros Equinoccial S.A. por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador.

Faculto a Seguros Equinoccial S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Seguros Equinoccial S.A., incluyendo los datos personales que entregue, sea administrada y, en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, almacenada o usada por la Aseguradora y, pueda ser remitida a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto. Adicionalmente, acepto expresamente que Seguros Equinoccial S.A., me envíe y/o contacte por cualquier medio, por sí misma o a través de terceros, para fines de comunicación, control de calidad, realización de encuestas, verificación de continuidad de servicio, información sobre el actual producto y/o sobre nuevos productos y, para la comunicación de beneficios adicionales a los que podría acceder.

IMPORTANTE: En los casos que Seguros Equinoccial S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", estipulada en la normativa legal vigente en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos.

6. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:

Queda expresamente autorizado EL SOLICITANTE para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fue remitido por Seguros Equinoccial S.A. a mi persona, constituyendo la fe de prestación puesta por el SOLICITANTE en dicho documento prueba suficiente de que he sido notificado con su contenido, pues desde ya me doy por notificado.

Ciudad y fecha

Firma del reclamante

El Solicitante o Asegurado podrá requerir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Matriz Quito: Av. Eloy Alfaro N33-400 y Fernando Ayarza, Edificio Seguros Equinoccial