

SEGURO: INDIVIDUAL VIDA
COLECTIVO ACCIDENTES PERSONALES

POR FAVOR NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO EN ESTE FORMULARIO
EN LOS CASOS QUE NO APLIQUE, INDIQUE: N/A

CIUDAD
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: Nacionalidad:
Lugar dd / mm / aaaa

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 / Tarjetas 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:

1. 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 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 realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.

Eximo a Seguros Equinoccial 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 SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

De los documentos, información y procesos realizados:

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

Fecha dd / mm / aaaa

Firma _____

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

Fecha dd / mm / aaaa

Firma _____

Revisión de listas Sí No

Observaciones: