

1. DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombres: _____

Cédula _____ Pasaporte _____ RUC No.: _____ Nacionalidad: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

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

Dirección de domicilio: _____

Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Barrio o Sector _____

Calle Principal _____ Número _____ Calle Secundaria _____ Conj. Edif. _____ Dpto. _____

Teléfonos: _____ Convencional _____ Celular _____ Correo Electrónico Personal: _____

Dirección del trabajo: _____

Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Barrio o Sector _____

Calle Principal _____ Número _____ Calle Secundaria _____ Edificio _____ Oficina _____

Teléfonos: _____ Convencional _____ Celular _____ Correo Electrónico Trabajo: _____

2. SOLICITUD

Como Asegurado de Seguros Equinoccial S.A. mediante póliza N°:

Proteger Plus Provisión Creciente 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 / No)		
Plan dental (Sí / No)		
Exequial (Sí / No)		
Capital Complementario		
CONDICIONES	ACTUAL	REQUERIDO
Opción de beneficio por muerte (A o B)		
Forma de pago (mensual, trimestral, semestral, anual)		
Prima de ahorro		

Beneficiarios en caso de muerte:

Nombres y Apellidos completos

No. C.I. / Pasaporte

Parentesco

Porcentaje

Beneficiarios contingentes (En caso de no vivir los anteriores)

Nombres y Apellidos completos

No. C.I. / Pasaporte

Parentesco

Porcentaje

3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Favor llenar únicamente en caso de rehabilitación o incremento de monto o cobertura)

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

Explique:

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

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

d) ¿Es usted fumador? Sí No En caso afirmativo o si usted dejó de fumar, por favor indique:

Desde que edad fuma y qué cantidad al día

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

Seguros Equinoccial 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.

Lugar y Fecha:

Firma del Contratante: _____ Firma del Asegurado: _____

4. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Favor adjuntar los siguientes documentos:

- 1.- Copia del documento de identificación vigente (cédula de identidad o pasaporte).
- 2.- Autorización de débito (si aplica).

INFORME CONFIDENCIAL DE AGENTE

¿Conoce las razones para el cambio solicitado? Sí No

Detalle:

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

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la Verificación de este texto.

Firma de Agente

Lugar y Fecha

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro No. 42071 del 29 de Julio de 2016.

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