

VIDA

(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O SOLICITANTE)

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario. 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:
 Cédula Pasaporte Número de identificación: Póliza:

2. DATOS DEL BENEFICIARIO RECLAMANTE

Apellidos: Nombres:
 Cédula Pasaporte Número de identificación:
 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.
 Teléfonos: Email:
(OBLIGATORIO) Celular Domicilio (OBLIGATORIO)

Actividad económica: Empleado Público Empleado Privado Independiente Remesas del exterior
 Ama de casa/Estudiante Jubilado/Pensionista Rentista

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales	Egresos mensuales	Activos	Pasivos
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí No
 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 colaborador cercano de una persona políticamente expuesta. Se considera PEP hasta después de un año de haber cesado en sus funciones.
 Parentesco: Cargo que desempeña:

4. ORIGEN DEL FALLECIMIENTO

Muerte natural Muerte accidental

5. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO

Ciudad: Fecha: / / Hora: Lugar:
dd mm aaaa

Descripción de los hechos:

6. SOLICITUD DE PAGO POR TRANSFERENCIA

Solicito a ustedes libre e irrevocablemente que, en el evento de que sea aceptado el pago del siniestro presentado y, una vez que se encuentre lista la respectiva liquidación, se proceda con el correspondiente pago mediante transferencia bancaria, para lo cual, voluntariamente detallo la información necesaria para la acreditación de dicho pago en la siguiente cuenta:
 Nombre de la Institución Financiera: Tipo de Cuenta: Corriente Ahorro
 Número de cuenta del Beneficiario:
NOTA: El número de cuenta ingresado debe encontrarse a nombre del Beneficiario que diligencia este formulario.

Declaro que una vez efectuada(s) la(s) transferencia(s) bancaria(s) autorizada por este medio y acreditado el respectivo valor en la cuenta antes detallada, el presente documento tendrá el valor de recibo absoluto y legalmente válido de dicho pago, desde la fecha en la que se efectuó la referida transferencia y por lo tanto, también tendrá calidad de finiquito de las obligaciones que la aseguradora mantenía con cargo a la póliza en la que soy asegurado/beneficiario.

Acepto que una vez efectuada la correspondiente transferencia bancaria, no tengo ningún reclamo – judicial, arbitral, administrativo o de cualquier otra índole que formular, ni el presente ni el futuro, en contra de Seguros Equinoccial S.A. por ningún concepto derivado del(de los) los siniestro(s) liquidado(s).

7. DECLARACIONES

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Asimismo, declaro que los fondos recibidos por parte de Seguros Equinoccial S.A. (en adelante, la “Aseguradora”) por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador y no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos.

8. AUTORIZACIONES

Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlos, recopilarlos, procesarlos, operarlos, verificarlos, transmitirlos, almacenarlos o usarlos para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto. De igual forma, autorizo expresamente a la Aseguradora para que transmita la información personal a cualquier compañía, nacional o extranjera vinculada o no a la Aseguradora. Para tal efecto, la Aseguradora se compromete a que los terceros antes mencionados traten la información con el mismo estándar de seguridad que la Aseguradora. Adicionalmente, doy mi consentimiento para que la Aseguradora, 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 la Aseguradora 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. De tal manera, por medio del presente, doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito para el tratamiento de dichos datos.

9. 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.

Firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad

Firma del Reclamante

Ciudad

____ / ____ / ____
dd / mm / aaaa
Fecha

NOTA: En caso de que el Asegurado no esté en codición de firmar el presente documento, éste deberá ser llenado y firmado por el Beneficiario legalmente autorizado. (Adjuntar el documento de sustento)

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

Matriz Quito: De Las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados, Edificio Equinoccial.