

1. DATOS PERSONALES

Apellidos:  Paterno  Materno Nombres:  Primero  Segundo

Cédula  Pasaporte  RUC  Número de identificación:

En caso de pasaporte indicar: Tipo de visa

Ingreso a Ecuador  /  /  Expedición del pasaporte  /  /  Caducidad del pasaporte:  /  /

Ciudad y Fecha de nacimiento:  Ciudad  /  /  Nacionalidad:  País

Sexo: M  F  Estado Civil Actual: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Unión de hecho

Ocupación:

Teléfonos  /  /  Cod. provincia  Convencional  Celular  Correo electrónico personal:

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermedades graves como anticipo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermedades graves como capital adicional	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anticipo por enfermedad terminal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beneficio adicional por incapacidad total y permanente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beneficio en caso de enfermedades graves	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muerte y/o desmembración accidental	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Incapacidad total y permanente por accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Incapacidad total y permanente por enfermedad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gastos médicos por accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Renta diaria por hospitalización por accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Renta diaria por hospitalización por cualquier causa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asistencia en viajes (Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plan dental (Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exequial (Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capital Complementario	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONDICIONES	ACTUAL	REQUERIDO
Opción de beneficio por muerte (A o B)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forma de pago (mensual, trimestral, semestral, anual)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prima de ahorro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 póliza de Seguros Equinoccial S.A. por primera vez o desde su último incremento de monto o cobertura? Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

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.

Conforme a la normativa vigente, el Solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, y de conformidad con la ley. La reticencia o falsedad acerca de la declaración del Solicitante, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado.

\_\_\_\_\_  
 Ciudad dd / mm / aaaa  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado

**4. DOCUMENTO 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 Solicitante y/o Asegurado podrán requerir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la Verificación de este texto.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
 Ciudad

\_\_\_\_\_  
 dd / mm / aaaa  
 Fecha

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