

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.

**1. NÚMERO DE PÓLIZA** [ ] VIGENCIA DE LA PÓLIZA Desde: [ ] Hasta: [ ]  
dd / mm / aaaa dd / mm / aaaa

**2. DATOS DEL CONTRATANTE RAZÓN SOCIAL** [ ]

**3. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellidos [ ] Nombres [ ]

Fecha de nacimiento [ ] C.I. o Pasaporte No. [ ]  
dd / mm / aaaa

Teléfono [ ]

**4. MONTO ASEGURADO US \$** [ ]

**5. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

A) ¿Sufre o ha sufrido alguna de estas enfermedades: Problemas del corazón, hipertensión, diabetes, derrame cerebral, cáncer, tumores, problemas pulmonares, epilepsia, asma, problemas inmunológicos, problemas renales, o alguna otra enfermedad que no conste en esta lista? Sí  No

Detalle:

Enfermedad: [ ] Hace cuanto tiempo fue detectado: [ ]

Medicación o tratamiento: [ ]

Mantiene control Médico: Sí  No

Secuelas o Complicaciones: [ ]

B) ¿Tiene en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica? Sí  No

Detalle:

[ ]

C) ¿Ha sufrido un accidente que le impide desempeñar labores propias de su ocupación? Sí  No

Detalle:

Fecha de Accidente: [ ]

Tratamiento: [ ]

Secuelas: [ ]

D) ¿Sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? Sí  No

Motivo: [ ] Fecha estimada: [ ]

E) ¿Tiene actualmente alguna discapacidad? Sí  No

Detalle:

[ ]

Hace cuanto tiempo fue detectado: [ ]

Tratamiento: [ ]

**En caso afirmativo por favor adjuntar una copia del carnet del CONADIS.**

Observaciones:

Garantizo que las respuestas que anteceden son exactas y verdaderas. Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato del seguro.

Acepto que, de conformidad con lo que establece el Artículo 14 del Decreto Supremo 1147 que indica: “El solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente, el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia (sic) o la falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubieran hecho desistir de la celebración del contrato, o induciéndolo a estipular condiciones más gravosas, 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”, mi cobertura estará viciada de nulidad en caso de que esta declaración haya sido rendida con reticencia o falsedad.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que me suministre a Equivida S.A. toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.

**De existir una respuesta afirmativa a una de las preguntas, no significa un rechazo a su cobertura, sino que estará sujeta a la aprobación de Equivida S.A.**

Firmo este documento en señal de aceptación, en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
EL ASEGURADO

**Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a (l) (la) presente Formulario el Número de Registro 40083 de 10 de Noviembre de 2015**

QUITO: Av. Amazonas N40-100 y Gaspar de Villarroel (Esq.) PBX: (593-2) 224 6662.

GUAYAQUIL: Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez). PBX: (593-4) 370 1800.

CUENCA: Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Of. #517-518 PBX: (593-7) 281 8348.

Superintendencia de Bancos y Seguros Resolución JB-2013-2536 / JB-2014-3089 Art. 14  
 La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco  
 Esta información deberá actualizarse cada año

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y/O ASEGURADO**

Primer apellido:						
Segundo Apellido:						
Nombres:						
Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____				Nacionalidad:		
DOMICILIO:		País:	Provincia:		Cantón:	Ciudad:
Sector:	Calle Principal:		N°:	Transversal:		Referencia:
Teléfono de domicilio:		Celular:		Correo electrónico:		
Estado civil: Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Unión de Hecho: <input type="checkbox"/>	Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Número de identificación: _____		Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación: _____		Pasaporte <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico para el envío de la factura electrónica:						
Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	¿Con deuda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos?		¿Con deuda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene negocio propio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
¿Es usted persona obligada a llevar contabilidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

**APLICA SOLO PARA IDENTIFICACIÓN PASAPORTE:**

Número de pasaporte:	
Fecha de expedición del pasaporte: _____ / _____ / _____	Fecha de caducidad: _____ / _____ / _____
Estado migratorio o Código de VISA:	Fecha de ingreso al país: _____ / _____ / _____

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE**

Nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación:

**ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN**

Origen de ingresos: Empleado Público: <input type="checkbox"/>	Empleado Privado: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>	Ama de casa / estudiante: <input type="checkbox"/>	Rentista: <input type="checkbox"/>
Jubilado/Pensionista: <input type="checkbox"/>	Remesas del exterior: <input type="checkbox"/>	Describa la fuente de sus ingresos:		
Profesión:		Cargo:		

**NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Ingresos anuales	<input type="text"/>	Total egresos anuales	<input type="text"/>
<b>TOTAL ACTIVOS:</b> USD.	<input type="text"/>	<b>TOTAL PASIVOS:</b> USD.	<input type="text"/>
¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si su respuesta es SÍ, por favor llene la siguiente información.			
Ingresos diferentes de la actividad económica principal: USD.		Fuente de los otros ingresos: _____	

**INFORMACIÓN ADICIONAL QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMAS ASEGURADAS TOTAL SUPERIOR A LOS USD. 200.000**

REFERENCIAS PERSONALES		REFERENCIAS COMERCIALES	
Nombres y Apellidos completos:	Teléfono	Nombre de la Casa Comercial	Teléfono
<b>REFERENCIAS REFERENCIAS BANCARIAS/TARJETA DE CRÉDITO</b>			
Institución Financiera	Tipo	Número	

## VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO

\*¿Tiene otro solicitante (pagador) su póliza?

Si  No

Identificación solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\*¿Tiene otro beneficiario su póliza?

Si  No

Identificación solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Usted es una \*Persona Expuesta Políticamente: Si  No  Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Tiene algún familiar que sea una Persona Expuesta Políticamente: Si  No

Parentesco: \_\_\_\_\_ Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

\*Persona Expuesta Políticamente, 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 a una Persona Expuesta Políticamente.

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales; así como el comunicar y documentar de manera inmediata a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. cualquier cambio de información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía, me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDO

El (la) asegurado (a) y/o el (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Igualmente, declara que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

## AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

## FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas de seguro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE  
CC/PASAPORTE:

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
día

\_\_\_\_\_  
mes

\_\_\_\_\_  
año

## INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Razón Social / Nombres completos: \_\_\_\_\_

Número de credencial: \_\_\_\_\_

Nombre del ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Suma asegurada total: Hasta USD. 50.000

Superior a USD. 50.001

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente" bajo la responsabilidad estipulada en el artículo 17 de la normativa JB-2013 - 2536 / JB - 2014 - 3086.

## DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO

Para sumas aseguradas inferiores a los USD. 50.000 adjuntar:

- Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación.
- Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación del cónyuge, de ser aplicable.
- Copia de papeleta de votación actualizada o certificado de empadronamiento.
- Copia de papeleta de votación actualizada o certificado de empadronamiento del cónyuge, de ser aplicable.
- Copia de uno de los recibos de servicio básico (agua, luz, teléfono)

Adicionalmente para sumas aseguradas superiores a los USD. 50.001

- Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable.