

## 1. DATOS PERSONALES

Apellidos:	Nombres:				
Paterno	Materno	Primer	Segundo		
Cédula <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	RUC <input type="radio"/>	Número de identificación:		
En caso de pasaporte indicar: Tipo de visa					
Ingreso a Ecuador: dd / mm / aaaa	Expedición de Pasaporte: dd / mm / aaaa	Caducidad del Pasaporte: dd / mm / aaaa			
Ciudad y fecha de nacimiento:	Ciudad dd / mm / aaaa	Nacionalidad:	País		
Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Estado Civil Actual: Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>	Divorciado <input type="radio"/>	Unión de hecho <input type="radio"/>
Ocupación:					
Teléfonos: Cod. Provincia /	Convencional	Celular	Correo electrónico personal:		

## 2. SOLICITUD

Como Asegurado de EQUISUIZA SEGUROS S.A. mediante póliza N°:

Proteger Plus  Provisión  Creciente  Universal

**Solicito realizar los siguientes cambios:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Inclusión de Coberturas <input type="radio"/>     | Cambio de forma de pago <input type="radio"/>                      | Disminución de montos <input type="radio"/> |
| Exclusión de Coberturas <input type="radio"/>     | Debitar del ahorro para cubrir pago de prima <input type="radio"/> | Aumento de montos <input type="radio"/>     |
| Cambio de Beneficiarios <input type="radio"/>     | Rehabilitación <input type="radio"/>                               | Aumento de ahorro <input type="radio"/>     |
| Cambio de beneficio (A o B) <input type="radio"/> | Conversión a: <input type="radio"/>                                | Disminución de ahorro <input type="radio"/> |
|   |  | Otros <input type="radio"/>                 |

## 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 <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> )		
Plan dental (Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> )		
Exequial (Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> )		
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 EQUISUIZA SEGUROS 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 EQUISUIZA SEGUROS 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?: \_\_\_\_\_

EQUISUIZA SEGUROS S.A. se reserva todos los derechos que pueda asistirla, 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

Firma del solicitante

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 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