

SEGURO:**INDIVIDUAL** **VIDA** **COLECTIVO** **ACCIDENTES PERSONALES**

POR FAVOR NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO EN ESTE FORMULARIO
EN LOS CASOS QUE NO APLIQUE, INDIQUE: N/A

CIUDAD: _____

FECHA: dd / mm / aaaa

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL ASEGURADO

La información aquí descrita será considerada confidencial.

PÓLIZA No. _____

1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellidos: _____ Nombres: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte No. _____ Sexo: M F Estado Civil Actual: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre

Nombre y apellidos del cónyuge o conviviente: _____

Cédula Pasaporte No. identificación del cónyuge o conviviente: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ | Nacionalidad: _____

Lugar dd / mm / aaaa

Dirección del domicilio: _____

Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Barrio o Sector _____

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

País: _____ Teléfonos: _____ | Convencional _____ | Celular _____ | Fax _____

Correo electrónico personal: _____

Referencias personales

Nombre: _____ Parentesco/relación: _____ Teléfonos: _____ | _____

Referencias comerciales

Entidad: _____ Monto: _____ Teléfonos: _____ | _____

Referencias Bancarias / Tarjeta de Crédito

Institución Financiera: _____ | Tipo: _____

¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí _____ No _____ Organismo/Entidad (PEP) _____

JB-2012-2147 Persona Políticamente Exuesta 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 un colaborador cercano de una persona políticamente expuesta (Form. PEP)

2. DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO BENEFICIARIOSu ocupación es: Jubilado Estudiante Ama de Casa Profesión: _____ | Tiempo en la actividad: _____Independiente Nombre del negocio: _____ | Actividad económica del negocio: _____

Dirección del Negocio: _____

Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Barrio o Sector _____

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

País: _____ Teléfonos: _____ | Convencional _____ | Celular _____ | Fax _____

Correo electrónico Negocio: _____

Empleado: Privado Público

Empresa: _____ | Antigüedad en la empresa: _____

Cargo: _____ | Actividad económica de la empresa: _____

Dirección del trabajo: _____

Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Barrio o Sector _____

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

País: _____ Teléfonos: _____ | Convencional _____ | Celular _____ | Fax _____

Correo electrónico trabajo: _____

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

De la actividad principal: Total de ingresos mensuales \$

Ingreso por actividad principal: \$

Otros ingresos: \$

(Especifique la fuente):

Situación Financiera Total Activos: \$

Total Pasivos: \$

4. RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS POR CONCEPTO DE SEGUROS

EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS (Cuando el valor de cada indemnización haya superado los diez mil dólares de los Estados Unidos de América.)

Fecha	Tipo de Seguro	Valor Recibido	Compañía de Seguros

5. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Así mismo declaro que el origen de los fondos entregados a EQUISUIZA SEGUROS S.A., por la(s) póliza(s), tienen un origen lícito, permitido por las leyes del Ecuador.

Facuto a EQUISUIZA SEGUROS S.A., a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizado para que pueda utilizar, o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.

Eximo a EQUISUIZA SEGUROS S.A., de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa.

FIRMA DEL BENEFICIARIO
C.C.

LUGAR Y FECHA

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Copia de documento de identificación del solicitante (cédula o pasaporte).

7. PARA USO INTERNO DE EQUISUIZA SEGUROS S.A.

De los documentos, información y procesos realizados:

Nombre del funcionario quien realizó el proceso de suscripción o pago de siniestro:

Fecha dd / mm / aaaa Firma

Nombre del funcionario quien realizó el proceso de validación de datos en listas reservadas:

Fecha dd / mm / aaaa Firma

Revisión de listas

Sí No

Observaciones:

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