

POR FAVOR LLENAR LOS CAMPOS Y MARCAR CON UNA X, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO EN ESTE FORMULARIO, EN LOS CASOS QUE NO APLIQUE, INDIQUE N/A. ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE UN AÑO. La información aquí descrita será considerada confidencial.

**1. DATOS DEL CANDIDATO A ASEGURADO**

**1.1 DATOS PERSONALES**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Paterno Materno Primero Segundo

Cédula  Pasaporte  Número de identificación: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia habitual: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ciudad País

Ciudad y Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Ciudad dd mm aaaa

Sexo: M  F  Estado Civil Actual: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Unión Libre  No. de hijos: \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_  
Provincia Cantón o Ciudad Barrio o Sector

\_\_\_\_\_ Calle Principal Número Calle Transversal Conjunto/Edificio Dpto./Casa

Teléfonos ( ) \_\_\_\_\_ Llamar preferentemente de: \_\_\_\_hs. a \_\_\_\_hs.  
Cod. provincia Convencional Celular

Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

**1.2 DATOS DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Paterno Materno Primero Segundo

Cédula  Pasaporte  Número de identificación: \_\_\_\_\_

**1.3 ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN DEL CONTRATANTE**

Profesión: \_\_\_\_\_

Su ocupación: En relación de dependencia  Independiente  Estudiante  Ama de casa  Jubilado

Si se encuentra en relación de dependencia: Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Si es Independiente: Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la actividad económica principal que genera la mayor parte de sus ingresos (Empleador o Negocio)?  
 \_\_\_\_\_

Otras ocupaciones y qué tiempo le demandan: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
Provincia Cantón o Ciudad Barrio o Sector

\_\_\_\_\_ Calle Principal Número Calle Transversal Edificio Oficina

Teléfonos ( ) \_\_\_\_\_ Llamar preferentemente de: \_\_\_\_hs. a \_\_\_\_hs.  
Cod. provincia Convencional Celular

Correo electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_ Envío de correspondencia a: Domicilio  Trabajo

¿Cuáles de estas actividades tiene mayor relación con su ocupación habitual?  
 Oficina  Viajes  \_\_\_\_\_ Trabajo manual  Manejo de vehículos  Otros  (Detalle) \_\_\_\_\_  
Frecuencia

Detalle sus principales actividades en su trabajo diario: \_\_\_\_\_

¿Qué deportes practica? \_\_\_\_\_ (Se considera profesional si la práctica del deporte le genera ingresos) Aficionado  Profesional

¿Conduce moto? Sí  No  En caso afirmativo, favor detalle: Cilindraje: \_\_\_\_\_ Tipo de uso: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido accidentes? Sí  No  Fecha, gravedad y consecuencias \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo detalle

¿Es piloto o realiza estudios de aviación? Sí  No  En caso afirmativo favor llenar formulario de aviación.

¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)?  
 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. En caso afirmativo, llenar Formulario PEP. Sí  No  \_\_\_\_\_  
Especifique

Llene este numeral si la suma asegurada total supera los \$ 200.000, en el caso de no superar por favor pase al numeral 2.

### 1.4 REFERENCIAS (\*Llenar al menos dos referencias)

#### REFERENCIAS PERSONALES

① Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### REFERENCIAS COMERCIALES

② Nombre de la Casa Comercial \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### REFERENCIAS BANCARIAS / TARJETA DE CRÉDITO

③ Institución Financiera \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Ingresos Anuales personales de los últimos dos(2) años	Egresos Mensuales	Activos	Pasivos
Por actividad principal \$ _____	Último año \$ _____	Alimentación	Cuentas bancarias	Tarjetas de crédito
Otros ingresos* \$ _____		Vestimenta	Mobiliario y equipos	Créditos bancarios
Total ingresos \$ _____	Año anterior \$ _____	Educación	Vehículos	Hipotecas
*Especifique la fuente de otros ingresos: _____		Total Egresos \$ _____	Total Activos \$ _____	Total Pasivos \$ _____
Ingresos familiares aproximados: \$ _____				

### 3. PLAN DE SEGURO: CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO CONTRATADO

**Datos del contratante:** Si el contratante es un tercero, favor llenar el formulario de CONTRATANTE

Apellidos: Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_ Nombres: Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Cédula  RUC  Número de identificación: \_\_\_\_\_

Motivo del Seguro: Respaldo familiar  Protección Patrimonial  Desgravamen   
Plan de Jubilación  Plan de Educación

En caso de tomar el Plan de Educación llene el nombre de sus hijos: \_\_\_\_\_

Seguro individual de vida: Provisión  Temporal: 1 año  5 años  10 años  20 años

Valor Asegurado (cobertura principal): \$ \_\_\_\_\_ Prima total: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

#### Beneficiarios en caso de muerte

Nombre y Apellidos completos	No. C.I / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

#### Beneficiarios Contingentes (En caso de no vivir los anteriores)

Nombre y Apellidos completos	No. C.I / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Marque los vínculos existentes entre solicitante - candidato a asegurado - beneficiario:

	Familiar	Comercial	Laboral	Ninguna	Otra (Especifique)
Solicitante - Candidato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Solicitante - Beneficiario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Candidato - Beneficiario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Opción de liquidación del valor asegurado:

a) Pago único <input type="radio"/>	b) Pago en cuotas	c) Opción combinada: Pago en cuotas _____%
	No. de años de beneficio	Pago único _____%
	5 años <input type="radio"/> 20 años <input type="radio"/>	5 años <input type="radio"/> 20 años <input type="radio"/>
	10 años <input type="radio"/> 25 años <input type="radio"/>	10 años <input type="radio"/> 25 años <input type="radio"/>
	15 años <input type="radio"/>	15 años <input type="radio"/>

Datos sobre otros seguros personales vigentes

Ramo / Plan	Compañía	Valor Asegurado
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- ¿Tiene pendiente a la fecha alguna solicitud de seguro de vida o accidentes personales? Sí  No
- ¿Alguna solicitud de seguro de vida o accidentes personales le fue aceptada con extraprima? Sí  No
- ¿Alguna compañía de seguros ha rehusado asegurar su vida? Sí  No
- En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_

#### 4. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Estatura: \_\_\_\_\_

Peso: Escoje una opción  Kilos  Libras  \_\_\_\_\_ Especificar peso \_\_\_\_\_

Kilos  Libras  Ganados  \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_  
En el último año

Kilos  Libras  Perdidos  \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_  
En el último año

- a) ¿Padece o ha padecido usted alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo llenar el formulario
- Diabetes Sí  No
  - Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (como presión arterial elevada, accidente vascular cerebral, trastornos de colesterol o triglicéridos) Sí  No
  - Cáncer, leucemia, tumores, quistes o bultos Sí  No
  - Cirrosis hepática, hepatitis C Sí  No
  - Insuficiencia hepática Sí  No
  - Problemas renales o de vesícula Sí  No
  - Enfisema pulmonar, asma, bronquitis, o problemas respiratorios Sí  No
  - Problemas del sistema nervioso Sí  No
  - Enfermedades del sistema endocrino (como problemas de la tiroides) Sí  No
  - Padece SIDA o VIH Sí  No
  - Padece alguna discapacidad Sí  No
- b) Padece o ha padecido alguna otra enfermedad crónica o de importancia o que requiera tratamiento o control médico? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
- c) ¿Está tomando alguna medicación? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
- d) ¿En los últimos dos años le han tomado exámenes clínicos o de laboratorio? Sí  No   
Cuáles / Causa / Resultados: \_\_\_\_\_
- e) ¿Se le ha aconsejado someterse a alguna cirugía o tratamiento médico que no se haya realizado? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
- f) ¿Ha recibido transfusiones de sangre o concentrados sanguíneos? Sí  No   
Causa: \_\_\_\_\_
- g) ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? Sí  No   
Causa: \_\_\_\_\_
- h) ¿Es usted fumador? En caso afirmativo indique: Sí  No   
Desde qué edad: \_\_\_\_\_ Cantidad al día: \_\_\_\_\_
- i) ¿En caso de haber dejado de fumar, hace cuánto tiempo lo hizo? \_\_\_\_\_
- j) ¿Consume o ha consumido morfina, cocaína, drogas, o estimulantes en los últimos 5 años? Sí  No   
En caso afirmativo llenar el cuestionario
- k) ¿Consume bebidas alcohólicas? Sí  No   
En caso afirmativo: ¿con qué frecuencia lo hace? \_\_\_\_\_  
Clase \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_
- l) ¿Ha sido tratado por alcoholismo o drogadicción en los últimos años? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
- m) ¿Ha percibido alguna indemnización en lo que respecta a accidentes o enfermedad por parte de alguna compañía de seguros? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
- n) ¿Ha faltado a su trabajo por alguna enfermedad mental o nerviosa? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
- o) ¿Concurre actualmente en forma diaria a sus tareas habituales? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_

#### Preguntas para ser respondidas únicamente por mujeres (\*)

\* ¿Está embarazada? Sí  No  En caso afirmativo favor llenar cuestionario

\* Fecha y resultado de la última citología (Papanicolaou) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_  
dd mm aaaa

Nombre	Especialidad	Fecha de consulta	Causa
_____	_____	_____/_____/_____ <small>dd mm aaaa</small>	_____
_____	_____	_____/_____/_____ <small>dd mm aaaa</small>	_____
_____	_____	_____/_____/_____ <small>dd mm aaaa</small>	_____

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia familiar (Favor indique si alguno de sus familiares padece o ha padecido de hipertensión arterial, cáncer, diabetes, infarto cardiaco, infarto cerebral u otra enfermedad)

Familiar:	Vivos:		Fallecidos:			
	Edad actual	Enfermedades que padece	Edad de Diagnóstico	Edad al morir	Causa de muerte	Edad de Diagnóstico
Padre	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Favor adjuntar los siguientes documentos

1. Copia legible en blanco y negro de la cédula de identidad.
2. Copia de una planilla o factura de pago de servicio básico (agua, luz, teléfono) de uno de los tres últimos meses en la que conste la dirección.
3. Confirmación de pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior (se permite impresiones del portal web del SRI)
4. Copia del RUC activo (si la actividad del candidato es independiente)
5. Cotización firmada o aceptación por escrito del contratante o candidato.
6. Requisitos médicos de asegurabilidad que corresponda.

**LEA ESTE TEXTO ANTES DE FIRMAR**

## 6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

### 6.1 Declaración de origen y fondos

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 Equivida S.A., por la(s) póliza(s), tienen un origen lícito, permitido por las leyes del Ecuador. Faculto a Equivida S.A. a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá efectuar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. Eximo a Equivida S.A. de toda responsabilidad, inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.

### IMPORTANTE:

En los casos que Equivida S.A. 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.

### 6.2 Declaración de información y autorización

Declaro que la información que he suministrado en este formulario es exacta y verdadera en todas sus partes; acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de seguro y la base de la póliza que se me expida. Autorizo expresamente a cualquier hospital, centro asistencial, médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido; o haya sido consultada por mí, para que suministre a Equivida S.A. toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo incluso después de producido mi fallecimiento.

Declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar la información contenida en este formulario, comunicaré y documentaré los cambios a Equivida S.A.

Acepto libre y voluntariamente que he sido informado y, por ende, entiendo y acepto expresamente que:

1. Este documento es una solicitud de seguro y no representa aceptación de cobertura ni garantía alguna de que la misma será admitida por Equivida S.A., ni que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. El contrato se perfecciona con la firma de la póliza por ambas partes.
2. El valor de \$ \_\_\_\_\_ que he entregado, constituye un depósito provisional, y por ende, el mismo no representa un pago de prima de seguro y/o aceptación de cobertura por parte de la Compañía y/o tampoco garantiza la aceptación de la solicitud de seguro que he firmado.
3. Equivida S.A. puede solicitar información y/o exámenes adicionales en el proceso de revisión de la solicitud de seguro, previo a su decisión final de conceder o no cobertura.

En caso de que la solicitud de seguro que he firmado no fuese aceptada, fuese aplazada o que no se concrete la revisión de la misma por necesidad de información o exámenes adicionales, acepto que el depósito provisional que he entregado sea devuelto a la siguiente cuenta bancaria:

Banco: \_\_\_\_\_ Tipo: Ahorro  Corriente   
Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Nombre del titular: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del titular: \_\_\_\_\_

Si la transferencia no pudiese ser realizada a los datos consignados en este formulario, Equivida S.A. me notificará tal particular al correo abajo detallado, y se emitirá un cheque a mi favor, el mismo que podrá ser retirado en las oficinas de Equivida S.A., conforme se detalle en la notificación que me envíen al precitado correo electrónico.

Acepto que absolutamente todas las comunicaciones que Equivida S.A. deba hacerme de aquí en adelante, sean enviadas única y exclusivamente al correo electrónico: \_\_\_\_\_, por lo que, todas las comunicaciones y/o notificaciones enviadas al referido correo electrónico, se entenderán como debidamente recibidas por mi persona.

Cualquier cambio en la dirección de correo electrónico arriba citada, será debidamente notificada a Equivida S.A., mediante comunicación escrita, en la que deberá constar la respectiva fe de recepción de Equivida S.A.

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato a Asegurado

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

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

## 7. PARA USO EXCLUSIVO DE EQUIVIDA

- Nombre del Ejecutivo a cargo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_
  - Consulta cédula de identidad del cónyuge / conviviente del contratante:  
Sí  No  Revisado por: Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_
  - Verificación de la información, documentación y listas reservadas
- Fecha: \_\_\_\_\_  
dd mm aaaa
- Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## 8. DEPÓSITO PROVISIONAL

Valor entregado como depósito provisional: \$ \_\_\_\_\_  
Por concepto de depósito provisional dado en relación con la solicitud para la Póliza de Seguro Individual, presentada a Equivida S.A. si se acepta la solicitud, su valor se aplicará al pago de primas, de no aceptarse, su valor será devuelto sin que la Compañía reconozca intereses sobre el mismo. En caso de que el solicitante desistiera de la contratación del seguro, será descontado del depósito provisional entregado, el valor de los exámenes realizados según la tabla de valores por escala de exámenes requeridos, hasta por un máximo del valor del depósito provisional.

## 9. COBERTURA PROVISIONAL

A partir de la fecha en que el depósito provisional haya ingresado a la caja de Equivida S.A., se otorga cobertura provisional por un valor equivalente al cincuenta por ciento (50%) del monto asegurado solicitado a favor del candidato a asegurado, en caso de su fallecimiento por muerte accidental exclusivamente. En ningún caso el cincuenta por ciento (50%) mencionado podrá exceder la suma de cien mil dólares (US\$ 100.000 dólares). Esta cobertura provisional quedará sin efecto al momento de la aceptación de la solicitud o del rechazo de esta por escrito, por no convenir a los intereses de Equivida S.A., con una duración máxima de quince (15) días calendario desde la fecha de ingreso a caja del depósito provisional, lo que ocurra primero.

Esta cobertura provisional no es susceptible de extenderse en su plazo o de modificarse en modo alguno con relación a lo aquí indicado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato a Asegurado

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo (a) de Ventas

  
\_\_\_\_\_  
LA COMPAÑÍA

El Solicitante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.  
**Nota:** La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 46497 el 07 de junio de 2017.



Equivida

Valor entregado como depósito provisional: \$ \_\_\_\_\_

Por concepto de depósito provisional dado en relación con la solicitud para la Póliza de Seguro Individual, presentada a Equivida S.A. si se acepta la solicitud, su valor se aplicará al pago de primas, de no aceptarse, su valor será devuelto sin que la Compañía reconozca intereses sobre el mismo.

En caso de que el solicitante desistiera de la contratación del seguro, será descontado del depósito provisional entregado, el valor de los exámenes realizados según la tabla de valores por escala de exámenes requeridos, hasta por un máximo del valor del depósito provisional.

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Candidato a  
Asegurado o Contratante: \_\_\_\_\_

Firma del Ejecutivo(a) de ventas: \_\_\_\_\_

A partir de la fecha en que el depósito provisional haya ingresado a la caja de Equivida S.A., se otorga cobertura provisional por un valor equivalente al cincuenta por ciento (50%) del monto asegurado solicitado a favor del candidato a asegurado, en caso de su fallecimiento por muerte accidental exclusivamente. En ningún caso el cincuenta por ciento (50%) mencionado podrá exceder la suma de cien mil dólares (US\$ 100.000 dólares).

Esta cobertura provisional quedará sin efecto al momento de la aceptación de la solicitud o del rechazo de esta por escrito, por no convenir a los intereses de Equivida S.A., con una duración máxima de quince (15) días calendario desde la fecha de ingreso a caja del depósito provisional, lo que ocurra primero.

Esta cobertura provisional no es susceptible de extenderse en su plazo o de modificarse en modo alguno con relación a lo aquí indicado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo (a) de Ventas

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato a Asegurado

  
\_\_\_\_\_  
LA COMPAÑÍA