

## OTRAS COBERTURAS

**(A SER LLENADO POR EL ASEGURADO O SOLICITANTE)**

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.

Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUIVIDA S.A., contestado en su totalidad, en caso de comprobarse falsedad en este documento y sus respaldos, el Asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todos los derechos de indemnización.

**1. DATOS DEL ASEGURADO:**

 Apellidos:  Nombres: 

 Número de identificación: 

 Dirección de domicilio:    

Provincia
Cantón
Ciudad
Barrio o sector

   

Calle principal
Número
Calle transversal
Conjunto/Edificio
Dpto.

 Dirección de su último trabajo:   

(actual o último)
Provincia
Cantón
Ciudad

  

Barrio o sector
Calle principal
Número

  

Calle transversal
Conjunto/Edificio
Dpto.

 Teléfonos:   

(OBLIGATORIO)
Celular
Domicilio
Oficina

 Email: 
(OBLIGATORIO)
**2. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO:**

 Cobertura(s) reclamada(s): 


 Ciudad:  Fecha: 

dd / mm / aaaa

 Descripción de los hechos: 

**3. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIONES:**

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos. Así mismo declaro que los fondos recibidos por parte de Equivida S.A. por la (s) póliza (s), tendrán un destino 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 necesarias, por los medios que considere convenientes y, queda expresamente autorizada para que la información consignada en el presente formulario y/o la que proporcione personal por otros medios a Equivida S.A., incluyendo los datos personales que entregue, sea administrada y, en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, almacenada o usada por la Aseguradora y, pueda ser remitida a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto. Adicionalmente, acepto expresamente que Equivida S.A., me envíe y/o contacte por cualquier medio, por sí misma o a través de terceros, para fines de comunicación, control de calidad, realización de encuestas, verificación de continuidad de servicio, información sobre el actual producto y/o sobre nuevos productos y, para la comunicación de beneficios adicionales a los que podría acceder.

**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.

**4. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES:**

Queda expresamente autorizado EL SOLICITANTE para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fue remitido por EQUIVIDA S.A. a mi persona, constituyendo la fe de prestación puesta por el SOLICITANTE en dicho documento prueba suficiente de que he sido notificado con su contenido, pues desde ya me doy por notificado.

\_\_\_\_\_

Ciudad y fecha

\_\_\_\_\_

Firma del reclamante

El Solicitante o Asegurado podrá requerir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

**Quito:** De las Hiedras N41-130 y Av. De Los Granados.

**Guayaquil:** Parque Empresarial Colón, Edificio Metropark, PB Of. #8 (Av. Rodrigo Chávez).

**Cuenca:** Av. Fray Vicente Solano 4-101 y Av. Del Estadio, Edif CICA, piso 5 Ofi. 517-518.

**Telf.:** 1800 Equivida (37 84 84)