

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 o la falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubieren hecho desistir de la celebración del contrato, o inducirlo 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 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 al 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.