

VIDA DEUDORES (SALDO DE DEUDA)

CUANDO EL PAGO SEA REALIZADO ÚNICAMENTE AL SOLICITANTE O CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario. La información aquí descrita será considerada confidencial. Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a Seguros Equinoccial S.A., contestado en su totalidad, en caso de comprobarse falsedad en este documento y sus respaldos, el Beneficiario queda privado de todos los derechos de indemnización.

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula Pasaporte Número de identificación: _____ Póliza: _____

2. DATOS DEL RECLAMANTE

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula Pasaporte Número de identificación: _____
Parentesco con el Asegurado: _____ Estado Civil: _____ Sexo: M F

Dirección de domicilio: _____
Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Barrio o sector _____
Calle principal _____ Número _____ Calle transversal _____ Conjunto/Edificio _____ Dpto. _____

Teléfonos: _____ Email: _____
(OBLIGATORIO) Celular _____ Domicilio _____ (OBLIGATORIO)

3. ORIGEN DEL FALLECIMIENTO

Muerte natural Muerte accidental

4. LUGAR, CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO

Ciudad: _____ Fecha: dd / mm / aaaa Hora: _____ Lugar: _____

Descripción de los hechos: _____

5. DECLARACIONES

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos.

6. AUTORIZACIONES

Autorizo a la Aseguradora para que proceda con la comprobación de esta declaración. Para el efecto, la Aseguradora podrá efectuar todas las indagaciones necesarias, por los medios legales que considere convenientes. Doy mi consentimiento libre, específico, informado, inequívoco y explícito, para que la Aseguradora trate: (i) la información consignada en el presente formulario y/o (ii) la que proporcione por cualquier otro medio a la Aseguradora y/o (iii) aquella información que la Aseguradora acceda -directa o indirectamente- por medio de fuentes accesibles al público. Por lo tanto, la Aseguradora está autorizada a tratar los datos personales consignados para: capturarlos, recopilarlos, procesarlos, operarlos, verificarlos, transmitirlos, almacenarlos o usarlos para el correcto cumplimiento de la relación entre el Asegurado y la Aseguradora. De igual forma, autorizo a la Aseguradora para que, de ser el caso, la remita a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas para el efecto. De igual forma, autorizo expresamente a la Aseguradora para que transmita la información personal a cualquier compañía, nacional o extranjera vinculada o no a la Aseguradora. Para tal efecto, la Aseguradora se compromete a que los terceros antes mencionados traten la información con el mismo estándar de seguridad que la Aseguradora. Adicionalmente, doy mi consentimiento para que la Aseguradora, 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.

7. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES

Queda expresamente autorizado **EL SOLICITANTE** para que reciba, en mi nombre y representación, todo documento que fue remitido por Seguros Equinoccial 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.

Firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Firma del Reclamante

Ciudad

____ / ____ / ____
dd mm aaaa
Fecha

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