



**FORMULARIO PARA CLIENTES
PERSONAS NATURALES**

Rev.02 - 2016

DÍA	MES	AÑO

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

NUEVO:

RENOVACIÓN:

SUMA ASEGURADA IGUAL O INFERIOR A USD50,000

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
 GÉNERO: M F
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC PAS OTRO
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NACIONALIDAD: _____

En caso de ser extranjero con pasaporte

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE: ____/____/____
 FECHA DE CADUCIDAD DEL PASAPORTE: ____/____/____
 FECHA DE INGRESO AL PAÍS: ____/____/____
 ESTADO MIGRATORIO:
 9.I Rentista 12-III Cortesía
 9.II Inversionista de Bienes Raíces 12-IV Asilo o Refugio
 9.III Inversionista Industrial 12-V Estudiante
 9.IV Representante, apoderado. 12-VI Trabajo
 9.V Profesional 12-VII Misioneros, Religiosos Voluntarios
 9.VI Amparo Familiar 12-VIII Intercambio Cultural
 12-I Diplomática 12-IX Turismo, Actividad Comercial, Deportes
 12-II Oficial 12-X Transeuntes

CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ PAIS DE RESIDENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____ E - MAIL: _____
 E-MAIL PARA RECIBIR COMPROBANTES ELECTRONICOS: _____

DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA /OCUPACIÓN / NEGOCIO

CONDICION O RELACIÓN LABORAL:
 DEPENDIENTE NO DEPENDIENTE NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA _____
 PROFESIÓN: _____
 CARGO QUE OCUPA: _____
 DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: _____ TELÉFONO: _____
 TELÉFONO _____ E-MAIL: _____
 SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE
 COMERCIAL: INDUSTRIAL FINANCIERO SERVICIO
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____
 ENTIDAD PUBLICA ENTIDAD PRIVADA
SI UD. TRABAJA EN EL SECTOR PÚBLICO RESPONDA LOS SIGUIENTE:
 - ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICO? SI NO
 - ¿SU CARGO ES DE ALTO MANDO, GERENCIAL O CUMPLE FUNCIONES _____
 CONSIDERADAS DESTACADAS EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR? SI NO

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NACIONALIDAD: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ CARGO QUE OCUPA: _____

PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS

Total de ingresos Mensuales por actividad declarada:		Total de ingresos Mensuales por actividad diferente:	
Cod.		Cod.	
1	0 a 250 USD <input type="checkbox"/>	1	0 a 250 USD <input type="checkbox"/>
2	251 a 600 <input type="checkbox"/>	2	251 a 600 <input type="checkbox"/>
3	601 a 1.000 <input type="checkbox"/>	3	601 a 1.000 <input type="checkbox"/>
4	1.001 a 2.000 <input type="checkbox"/>	4	1.001 a 2.000 <input type="checkbox"/>
5	2.001 a 3.000 <input type="checkbox"/>	5	2.001 a 3.000 <input type="checkbox"/>
6	3.001 a 4.000 <input type="checkbox"/>	6	3.001 a 4.000 <input type="checkbox"/>
7	4.001 a 5.000 <input type="checkbox"/>	7	4.001 a 5.000 <input type="checkbox"/>
8	>= 5.001 <input type="checkbox"/>	8	>= 5.001 <input type="checkbox"/>

Fuente de Otros Ingresos: _____

Declaración Situación Financiera:

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

RAMO AL QUE APLICA: _____

SUMA ASEGURADA : _____

USD. _____

DATOS DE BENEFICIARIO O AFIANZADO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)

VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL ASEGURADO Y: _____

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:

CC PAS OTRO

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD: _____

CIUDAD DE RESIDENCIA: _____

PAIS DE RESIDENCIA _____

DIRECCIÓN _____

TELEFONO _____

CELULAR _____

E - MAIL _____

En caso de que el beneficiario o afianzado sean diferentes del solicitante, asegurado o cliente, indique la relación existente entre ustedes:

FAMILIAR COMERCIAL LABORAL **ADJUNTAR**- COPIA DE CÉDULA Y CERTIFICADO DE VOTACIÓN DEL CLIENTE. - COPIA DE CÉDULA Y CERTIFICADO DE VOTACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE. - COPIA DE PLANILLA DE UN SERVICIO BÁSICO. **SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD50,000.00 E INFERIOR A US\$200,000.00****ADJUNTAR**- CONFIRMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR. **SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD200,000.00****REFERENCIAS PERSONALES Y/O BANCARIAS Y/O COMERCIALES**

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/ Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Número de Tarjeta

DECLARACIÓN

CONCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJUICIO, DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS VALORES CANCELADOS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. POR LAS TRANSACCIONES Y OPERACIONES QUE HE EFECTUADO O EFECTUARÉ , POR LA (S) POLIZA (S) ADQUIRIDA(S), SON Y PROVIENEN DE ACTIVIDADES LICITAS Y QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA DETALLADA ES DE ABSOLUTA RESPONSABILIDAD DE QUIÉN SUSCRIBE ESTE DOCUMENTO.

ASÍ MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA Y CONOZCO LA OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE MIS DATOS PERSONALES, ASÍ COMO DE COMUNICAR Y DOCUMENTAR DE MANERA INMEDIATA A LA COMPAÑIA CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN QUE HUBIERE PROPORCIONADO. DURANTE LA VIGENCIA DE LA RELACIÓN CON LA COMPAÑIA, ME COMPROMETO A PROVEER LA INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA.

AUTORIZACIÓN:

CONCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES DEL ARTÍCULO 3 DE LA LEY PARA REPRIMIR EL LAVADO DE ACTIVOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA COMPAÑIA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A., A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI COMO A LAS AUTORIDADES, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE ECUATORIANO SUIZA S.A.

Firma del Cliente

C.C.

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGURO (En caso de que el producto se adquiera a través de Broker)

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: _____

NÚMERO DE CREDENCIAL: _____

NOMBRE DEL EJECUTIVO ENCARGADO: _____

CARGO: _____

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente bajo la responsabilidad estipulada en el art. 17 de la Normativa JB-2013-2454.

FIRMA DEL EJECUTIVO/ASESOR DE SEGUROS**USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO CON LAS LISTAS DE INFORMACIÓN OFICIAL COMO:

REGISTRO CIVIL: SRI: PEP's: CONSEP: OFAC:

OTRAS: _____

FIRMA DEL EJECUTIVO COMERCIAL / VERIFICADOR

FECHA: _____

DEBIDA DILIGENCIA AMPLIADA

FIRMA DEL GERENTE COMERCIAL

|