



**FORMULARIO PARA CLIENTES
PERSONAS NATURALES**

Rev.03 - 2018

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	<input type="checkbox"/>	12-III Cortesía	<input type="checkbox"/>
9. II Inversionista de Bienes Raíces	<input type="checkbox"/>	12-IV Asilo o Refugio	<input type="checkbox"/>
9.III Inversionista Industrial	<input type="checkbox"/>	12-V Estudiante	<input type="checkbox"/>
9.IV Representante, apoderado.	<input type="checkbox"/>	12-VI Trabajo	<input type="checkbox"/>
9.V Profesional	<input type="checkbox"/>	12-VII Misioneros, Religiosos Voluntarios	<input type="checkbox"/>
9.VI Amparo Familiar	<input type="checkbox"/>	12-VIII Intercambio Cultural	<input type="checkbox"/>
12-I Diplomática	<input type="checkbox"/>	12-IX Turismo, Actividad Comercial, Deportes	<input type="checkbox"/>
12-II Oficial	<input type="checkbox"/>	12-X Transeuntes	<input type="checkbox"/>

CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ PAIS DE RESIDENCIA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ 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 PÚBLICA 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.		
1	0 a 250 USD	<input type="checkbox"/>
2	251 a 600	<input type="checkbox"/>
3	601 a 1.000	<input type="checkbox"/>
4	1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/>
5	2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/>
6	3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/>
7	4.001 a 5.000	<input type="checkbox"/>
8	>= 5.001	<input type="checkbox"/>

Cod.		
1	0 a 250 USD	<input type="checkbox"/>
2	251 a 600	<input type="checkbox"/>
3	601 a 1.000	<input type="checkbox"/>
4	1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/>
5	2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/>
6	3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/>
7	4.001 a 5.000	<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 <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	LABORAL <input type="checkbox"/>	
ADJUNTAR			
- COPIA DE CÉDULA Y CERTIFICADO DE VOTACIÓN DEL CLIENTE. <input type="checkbox"/>			
- COPIA DE CÉDULA Y CERTIFICADO DE VOTACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE. <input type="checkbox"/>			
- COPIA DE PLANILLA DE UN SERVICIO BÁSICO. <input type="checkbox"/>			
SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD50,000.00 E INFERIOR A US\$200,000.00			
ADJUNTAR			
- CONFIMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR. <input type="checkbox"/>			
SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD200,000.00			
REFERENCIAS PERSONALES Y/O BANCARIAS Y/O COMERCIALES			
Referencias Personales	Nombres y Apellidos :	Parentesco:	Número de Teléfono:
Referencia Comercial	Entidad:		Número de Teléfono:
Referencia Bancaria / Tarjeta de Crédito	Institución Financiera:	Tipo:	Número de Teléfono:
DECLARACIÓN			
<p>ENTREGA DE FONDOS: CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, 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.</p> <p>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.</p>			
AUTORIZACIÓN:			
<p>CONOCEDOR (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.</p>			
<p>_____</p> <p>Firma del Cliente</p> <p>C.C.</p>			
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:	
<p><i>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.</i></p>			
<p>_____</p> <p>FIRMA DEL EJECUTIVO/ASESOR DE SEGUROS</p>			
USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA			
CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO CON LAS LISTAS DE INFORMACIÓN OFICIAL COMO:			
UAFE: <input type="checkbox"/>	OTRAS: _____		