



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: NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA  
DEPENDIENTE  NO DEPENDIENTE

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"/>   |                                    |                                  |
| <b>SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD50,000.00 E INFERIOR A US\$200,000.00</b>   |                                    |                                  |
| ADJUNTAR  |                                    |                                  |
| - CONFIMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR. <input type="checkbox"/>  |                                    |                                  |
| <b>SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD200,000.00</b>  |                                    |                                  |
| 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   |                                    |                                  |
| 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.   |                                    |                                  |
| 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:   |                                    |                                  |
| 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 style="text-align: center;">_____<br/>Firma del Cliente<br/>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:                           |
| 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.  |                                    |                                  |
| <p style="text-align: center;">_____<br/>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: _____                       |                                  |