

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 USD 50,000

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC PAS OTRO GÉNERO: M F
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____
 CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ PAIS DE RESIDENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 E-MAIL: _____ E-MAIL PARA FACTURA: _____

APLICA PARA IDENTIFICACIÓN PASAPORTE

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE: ____/____/____ FECHA DE CADUCIDAD DEL PASAPORTE: ____/____/____
 FECHA DE INGRESO AL PAÍS: ____/____/____
 ESTADO MIGRATORIO: _____

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

Si la respuesta es SI, favor llenar el formulario PEP's otorgado por la compañía.

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NACIONALIDAD: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____
 NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO QUE OCUPA: _____

PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS

Total de ingresos Mensuales por actividad declarada: INGRESOS: _____ EGRESOS: _____
Total de ingresos Mensuales por actividad diferente: INGRESOS: _____
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. _____

VINCULOS ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO (EN EL CASO DE SER DIFERENTES AL ASEGURADO)

SOLICITANTE: RAZÓN SOCIAL O NOMBRES COMPLETOS: _____
 FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO: _____ TIPO DE ID: RUC CC PAS NÚMERO DE ID: _____
 NACIONALIDAD: _____ PAÍS/CIUDAD DE EMPRESA/DOMICILIO: _____
 DIRECCION EMPRESA/DOMICILIO: _____
 TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ E - MAIL: _____
 Indique la relación existente entre ustedes: FAMILIAR COMERCIAL LABORAL
BENEFICIARIO: RAZÓN SOCIAL O NOMBRES COMPLETOS: _____
 FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO: _____ TIPO DE ID: RUC CC PAS NÚMERO DE ID: _____
 NACIONALIDAD: _____ PAÍS/CIUDAD DE EMPRESA/DOMICILIO: _____
 DIRECCION EMPRESA/DOMICILIO: _____

TELÉFONO:	CELULAR:	E - MAIL:	
Indique la relación existente entre ustedes: FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/>			
PAGADOR: RAZÓN SOCIAL O NOMBRES COMPLETOS:			
FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO:	TIPO DE ID: RUC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE ID:	
NACIONALIDAD:	PAÍS/CIUDAD DE EMPRESA/DOMICILIO:		
DIRECCION EMPRESA/DOMICILIO:			
TELÉFONO:	CELULAR:	E - MAIL:	
Indique la relación existente entre ustedes: FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/>			
JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS			
EN CASO DE QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON ALGUNO DE LOS DATOS O DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, Y LO JUSTIFIQUE RAZONABLEMENTE, SE DEBERÁ CONSIGNAR TAL CIRCUNSTANCIA EN ESTE ESPACIO:			
ADJUNTAR			
<ul style="list-style-type: none"> - 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. (máximo 3 meses atrás) <input type="checkbox"/> - DECLARACIÓN SOBRE CONDICIÓN DE PEP's. (Si aplica) <input type="checkbox"/> 			
SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD 50,000.00 E INFERIOR A US\$200,000.00			
ADJUNTAR			
- CONFIMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR O CONSTANCIA DE LA INFORMACIÓN PUBLICADA POR EL SERVICIO DE RENTAS INTERNAS A TRAVÉS DE SU PÁGINA WEB, DE SER APLICABLE. <input type="checkbox"/>			
SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD 200,000.00			
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 COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN QUE HUBIERE PROPORCIONADO. DURANTE LA VIGENCIA DE LA RELACIÓN CON LA COMPAÑÍA, 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 COMPAÑÍA 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 / Sello</p> <p>C.C.</p>			
USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA			
<p>Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario con las listas de información oficial como: UAFE</p> <p><input type="checkbox"/> OTRAS: _____</p>			