

DIA	MES	AÑO

NUEVO:

RENOVACIÓN:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	CC <input type="checkbox"/>	RUC <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>
NOMBRES:			
APELLIDOS:		NACIONALIDAD:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:		ESTADO CIVIL:	
CIUDAD DE RESIDENCIA:		PAIS DE RESIDENCIA:	
DIRECCIÓN:		PROVINCIA:	CANTÓN:
TELÉFONO:		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:		TIPO DE ACTIVIDAD:	
DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PRIVADO <input type="checkbox"/>
		JUBILADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>
			AMA DE CASA <input type="checkbox"/>
			NEGOCIO PROPIO <input type="checkbox"/>
			Fecha de jubilación: ___/___/___
SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE SU TRABAJO / NEGOCIO:			
COMERCIAL <input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	FINANCIERO <input type="checkbox"/>	SERVICIO <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE TRABAJO / NEGOCIO:			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA / NEGOCIO:			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA / NEGOCIO:			
PROFESIÓN:		CARGO QUE OCUPA DONDE TRABAJA:	
TELÉFONO:		E-MAIL:	

DECLARACIÓN SOBRE CONDICIÓN PEP (PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE)

1) ¿JUSTED DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO FUNCIONES O CARGOS PÚBLICOS EN EL ECUADOR O EN EL EXTRANJERO (mínimo 1 año atrás): SI NO

INDIQUE SU NIVEL GERARQUICO SUPERIOR O CARGO QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑÓ

SI la respuesta es SI, favor llenar los siguientes campos:

CARGO QUE OCUPA O OCUPÓ:	INSTITUCIÓN:	FECHA DE INICIO DEL CARGO
		FECHA DE CULMINACIÓN DEL CARGO

2) ¿JUSTED ES FAMILIAR DE UN PEPS, EN EL 2do GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES/HIJOS/ABUELOS/NIETOS) O EL 1ERO DE AFINIDAD (CONYUGUE) SI NO

EN CASO DE SER FAMILIAR, DE UN PEP, INDICAR SU RELACIÓN: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PEP: _____ CARGO E INSTITUCIÓN DEL PEP: _____

3) ¿JUSTED TRABAJÓ O ES COLABORAR CERCANO DE UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP) SI NO

EN CASO DE SER COLABORADOR, O EMPLEADO DE UN PEP, INDICAR SU RELACIÓN: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PEP: _____ CARGO E INSTITUCIÓN DEL PEP: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE

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

PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS

Total de ingresos Mensuales por actividad declarada:

INGRESOS: _____

EGRESOS: _____

Total de ingresos Mensuales por actividad diferente:

Fuente de Otros Ingresos: _____

INGRESOS: _____

Declaración Situación Financiera:

Total Activos (a)	Total Pasivos (b)	Total Patrimonio(a-b)

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 <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"/>		

BENEFICIARIO: 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"/>		

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

- COPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD
- COPIA DE PLANILLA DE UN SERVICIO BÁSICO. (máximo 3 meses atrás)
- CONFIMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

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) póliza (s) adquirida(s), son y provienen de actividades lícitas 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 compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales y sensibles estrictamente pertinentes y necesarios, Ecuatoriano Suiza, no podrá cumplir con los fines expuestos.

En cumplimiento con la ley orgánica de protección de datos personales que tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus clientes a la privacidad y protección de sus datos personales, de manera libre, expresa, informada e inequívoca autorizo a la Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza S.A, para que haga uso de mis datos personales brindados, que sean necesarios para el cumplimiento de sus actividades, conforme a lo establecido en su Política de protección y uso de datos personales, disponible en www.ecuasuiza.ec; He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos denominada "CLIENTES" registrada bajo la titularidad de Ecuatoriano Suiza.

Se le informa que usted puede ejercer sus Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través del envío de un correo electrónico a la dirección: dpo@ecuasuiza.ec o en cualquiera de los establecimientos físicos de Ecuatoriano Suiza.

Conocedor (a) de las disposiciones establecidas en las normativas vigentes de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, autorizo expresamente a la compañía de seguros ecuatoriano suiza s.a., a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarias, así como a las autoridades, así 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 / Sello

C.C.

USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN ADJUNTA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE