

REASEGURADOR
COASEGURADOR
BROKER DE REASEGUROS

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NUEVO:
ACTUALIZACIÓN:

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

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

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
 INDEPENDIENTE
TIPO DE ACTIVIDAD:
 EMPLEADO PÚBLICO ESTUDIANTE
 EMPLEADO PRIVADO AMA DE CASA
 JUBILADO Fecha de jubilación: ___/___/___

SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE SU TRABAJO / NEGOCIO: COMERCIAL INDUSTRIAL FINANCIERO SERVICIO

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) ¿USTED 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) ¿USTED 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) ¿USTED TRABAJÓ O ES COLABORADOR 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: _____ 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: _____
Situación Financiera:

Total Activos(a)	Total Pasivos(b)	Total Patrimonio(a-b)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PREGUNTAS	SI / NO / N/A	Justifique si su respuesta es NO o N/A
1.- Ud. está regido por leyes y/ o normas legales para prevenir el lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	
2.- Dispone de procedimientos o controles para prevenir el lavado de activos que incluya:		
Guías para el conocimiento de clientes	<input type="checkbox"/>	
Guías para la creación y conservación de registros de clientes	<input type="checkbox"/>	
Revisión independiente de su programa de Prevención	<input type="checkbox"/>	
Programa de capacitación interno	<input type="checkbox"/>	
Procesos de debida diligencia	<input type="checkbox"/>	
Monitoreo de las operaciones de sus clientes	<input type="checkbox"/>	
Reporte o respuestas a autoridades competentes	<input type="checkbox"/>	
Código de Ética	<input type="checkbox"/>	
3.- ¿ Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	Justifique si su respuesta es SI
4.- ¿ Cuenta con Certificación ISO?	<input type="checkbox"/>	
ADJUNTAR		
<input type="checkbox"/>	COPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS Y PERSONAS QUE SEAN FIRMAS AUTORIZADAS(DE SER EL CASO).	
<input type="checkbox"/>	PERMISO DE FUNCIONAMIENTO OTORGADO POR EL ENTE DE CONTROL.	
<input type="checkbox"/>	CONFIRMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR.	
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN		
<p>Entrega de fondos: conoedor (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 quien 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>Conoedor (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.</p>		
<p>_____</p> <p>Firma del Prestador de Servicios de seguros</p> <p>C.C.</p>		
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		
Nombre y Firma del Responsable: _____		