

DÍA	MES	AÑO

NUEVO:

ACTUALIZACIÓN:

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

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**

**CONDICIÓN O RELACIÓN LABORAL:**  
 DEPENDIENTE   
 INDEPENDIENTE   
**TIPO DE ACTIVIDAD:**  
 EMPLEADO PÚBLICO  ESTUDIANTE  NEGOCIO PROPIO   
 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) JUSTO 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) JUSTO ES FAMILIAR DE UN PEP, EN EL 2do GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES/HUOS/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) JUSTO TRABAJÓ O ES COLABORADOR CERCAÑO 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: \_\_\_\_\_ Total de ingresos Mensuales por actividad diferente: \_\_\_\_\_  
 INGRESOS: \_\_\_\_\_ INGRESOS: \_\_\_\_\_  
 EGRESOS: \_\_\_\_\_ Fuente de Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

**Declaración Situación Financiera:**

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

**REFERENCIAS PERSONALES Y/O BANCARIAS Y/O COMERCIALES**

Referencias Personales			Referencias Comerciales		Referencias Bancarias / Tarjetas de Crédito		
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Teléfono	Institución Financiera	Tipo	Número de Cuenta

**ADJUNTAR**

- COPIA DE CÉDULA DEL PROVEEDOR.  
 COPIA DE RECIBO DE SERVICIOS BÁSICOS.  
 CONFIRMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR.

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Entrega de fondos: conoecedor (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.  
 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](http://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: [dao@ecuasuiza.ec](mailto:dao@ecuasuiza.ec) o en cualquiera de los establecimientos físicos de Ecuatoriano Suiza.  
 Conoecedor (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.

\_\_\_\_\_  
 C.C. Firma del Proveedor

**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: \_\_\_\_\_