

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE CORPORATIVO (Persona Natural)

## 1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Primer Apellido:			d) Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
b) Segundo Apellido:			e) Número de Identificación:		
c) Nombre(s):					
f) Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		g) Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			
h) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aa)				i) Estatura(m)	j) Peso(kg)
k) Dirección de Residencia	Calle Principal		Número		Transversal
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País
l) Teléfonos:		Domicilio		Celular	Correo electrónico
m) ¿Se considera una Persona Políticamente Expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			JB-2012-2147 Persona Políticamente Expuesta: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; cónyuge, conviviente o parientes que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad; o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta.		
Si su respuesta es afirmativa por favor llenar la declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente.					
<b>INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL</b>					
n) Primer Apellido:			p) Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
ñ) Segundo Apellido:			q) Número de Identificación:		
o) Nombre(s):					

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Es usted: Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>					
b) Nombre o Razón Social		c) Actividad Económica principal		d) Años en este empleo o actividad	e) Cargo
f) Dirección Comercial	Calle Principal		Número		Transversal
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País
g) Teléfonos:		Comercial		Fax	Correo electrónico
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATANTE</b>					
i) Total de ingresos mensuales generados por su actividad económica principal :			USD. _____		
j) Total de egresos mensuales generados por su actividad económica principal :			USD. _____		
k) En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal indicar:					
Otros ingresos		Total de ingresos mensuales:		USD. _____	
		Fuente:		_____	
<b>l) Situación Financiera:</b>		<b>Total Activos</b>	<b>Total Pasivos</b>	m) ¿Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		USD. _____	USD. _____	País: _____	

## 3. DATOS DE VINCULACIÓN

a) El Vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:					
Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	Otro (Especifique) _____	

#### 4. REFERENCIAS

a) Referencias Personales			b) Referencias Comerciales			c) Referencias Bancarias/ Tarjeta de Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

#### 5. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

.....

#### 6. DECLARACIÓN

**ENTREGA DE FONDOS:** Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

**AUTORIZACIÓN:**

Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

**IMPORTANTE**

No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la póliza, asegurado(s), o beneficiario(s)

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros y la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

Fecha: (ciudad) ..... (día) ..... (mes) ..... (año) .....

.....  
Firma del Contratante de la Póliza

.....  
Firma del Agente

Nombre del Asesor Comercial del Agente .....

#### 7. REQUISITOS

- a) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del contratante.
- b) Copia de un recibo de servicio básico del contratante: agua, luz o teléfono; debe corresponder a uno de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de la presente solicitud.
- c) Copia del RUC si es independiente.
- d) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del cónyuge del contratante.
- e) Copia del pago del Impuesto a la Renta del año anterior (o confirmación del pago generado de la página del SRI)

#### 8. PARA USO INTERNO DE BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Proceso de emisión  Proceso de renovación   
Nombre del Asesor Comercial de BMI que realizó el proceso: .....  
Revisión de Listas: SI  NO   
Comentario sobre la revisión de listas: .....  
Nombre del Ejecutivo de BMI que realizó la revisión de listas:.....

.....  
Firma del Asesor Comercial

.....  
Firma del Ejecutivo

D \_\_\_\_/M \_\_\_\_/A \_\_\_\_/  
Fecha

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas.