

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONAS NATURALES



La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Liberty Seguros S.A.

Información del Solicitante / Asegurado

Apellidos					Nombres		
Tipo Documento	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Número de ID			
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Género	
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Lugar de Nacimiento			
Ciudad de Domicilio	País de Domicilio			Nacionalidad			
Dirección Domicilio	Calle Principal	No.		Transversal			
Teléfonos	Celular			Correo Electrónico			

Información del Cónyuge (Si es aplicable)

Apellidos			Nombres			Número de ID	
-----------	--	--	---------	--	--	--------------	--

Vínculos del Contratante

Relacionados	Parentesco/Relación (Tabla 14SCVS)	No. ID	Apellidos	Nombres
Solicitante				
Asegurado				
Beneficiario				

Datos de la Actividad Económica / Ocupación / Negocio

Describa su Actividad Económica						
Razón Social de su Lugar de Trabajo				Cargo	Ciudad	
Dirección Trabajo	Calle Principal	No.		Transversal		
Teléfonos	Celular			Correo Electrónico		

Información Financiera

Señale sus Ingresos Mensuales	USD		Total Activos	USD		Total Pasivos	USD	
Otros Ingresos Mensuales	USD		Señale el Origen de sus Otros Ingresos Mensuales					

Datos de la Relación Comercial

Señale Tipo de Póliza a contratar				Suma Asegurada	USD	
-----------------------------------	--	--	--	----------------	-----	--

Referencias (obligatorio si la suma asegurada acumulada es mayor a \$ 200.000)

Tipo de Referencia	Personal <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Bancaria <input type="checkbox"/>				
Nombre	Teléfono	Razón Social	Teléfono	Inst. Bancaria	No. de Cuenta		

Declaración de Personas Expuestas Políticamente (PEP's)

Definición:

"Persona políticamente expuesta (PEP).- Es la persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, que por su perfil pueda exponer en mayor grado a la entidad al riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, por ejemplo, jefe de Estado o de un gobierno, político de alta jerarquía, funcionario gubernamental, judicial o militar de alto rango, ejecutivo estatal de alto nivel, funcionario importante de partidos políticos. Las relaciones comerciales con los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad y los colaboradores cercanos de una persona políticamente expuesta, implica que las instituciones del sistema financiero apliquen procedimientos de debida diligencia ampliados."

Declaración:

Le solicitamos llenar el presente formulario con letra legible y sin enmendaduras. (Favor indicar nombres y apellidos completos.)

Yo, _____ con documento de identificación No. _____ informo que he leído las definiciones de "Personas Expuestas Políticamente (PEP's)" y declaro bajo juramento que SI _____ NO _____ me encuentro ejerciendo uno de los cargos, o tengo una relación de las incluidas en el mencionado documento.

En el caso que la respuesta sea Positiva, indicar: Cargo/Función/Jerarquía o relación con la Persona Expuesta Políticamente y Entidad donde desempeña tal función: _____.

Detalle de Relaciones:

Relación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	No. ID

Además, asumo el compromiso de informar cualquier cambio relacionado con la información indicada en el presente formulario en un máximo de treinta (30) días.

Documentos Requeridos

- Copia del Documento de Identificación del contratante
- Copia del Documento de Identificación del cónyuge o conviviente legal del contratante
- Copia de un recibo de servicio básico de los últimos tres meses, agua, luz o teléfono
- Confirmación del pago del Imp. a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI en su página web de acceso público. (Únicamente si la suma asegurada supera los \$ 50.000)

Justifique en caso de falta de información:

Declaraciones

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiéndome a comunicar oportunamente a LIBERTY SEGUROS S.A. los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; Además declaro que la relación con LIBERTY SEGUROS S.A. tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Autorización

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a LIBERTY SEGUROS S.A. para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Liberty Seguros S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrato y por escrito.

Nota: El contratante acepta que puede acceder a su factura en formato electrónico a través del portal web www.liberty.ec en la sección Facturación Electrónica, para libre consulta y descarga.

Emisión de la Factura

Si requiere que su factura se emita a nombre de un tercero, por favor completar la siguiente información:

Apellidos		Nombres		No. de ID	
Relación/Parentesco		Dirección			
Correo Electrónico				Teléfono	

Firmas del Contratante / Asegurado

Firma del Contratante
C.I. No. _____

Ciudad _____
Fecha _____

Datos del Asesor Productor de Seguros / Ejecutivo Comercial

Nombre o Razón Social:	No. Credencial:	Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado

Declaro que he revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y la documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma Corredor/Ejecutivo Comercial

Para uso de la Empresa Aseguradora

Confirmando que el formulario de vinculación está correctamente diligenciado y se adjunta la documentación requerida en el mismo para la vinculación de clientes.

Revisión de listas - Proceso Automático

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión:

Firma Funcionario

Fecha