

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

## Persona Natural

Fecha     
DD MM AA

Tipo de solicitud:  Nueva  Actualización

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.

TIPO DE SEGURO							
<b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b>							
Primer Apellido:			Tipo de identificación: Cédula <input type="radio"/>		R.U.C. <input type="radio"/>		
Segundo Apellido:			Pasaporte <input type="radio"/>				
Nombre(s):			Número de identificación:				
Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> U/Libre <input type="radio"/> Viudo					
Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento: ____/____/____			Nacionalidad:	
INFORMACIÓN EXTRANJEROS	Fecha de expiración del pasaporte ____/____/____		Fecha de caducidad del pasaporte ____/____/____		Estado migratorio	Fecha de ingreso al país ____/____/____	
Dirección Residencia	Calle Principal				No. Transversal		
	País:		Provincia:		Ciudad:		Cantón:
Teléfonos	Domicilio:		Celular:		Correo electrónico:		
Nombres completos Cónyuge o conviviente	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			No. ID.	
Se considera una Persona Políticamente Expuesta SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>							
<b>JB-2021-2147</b> Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad o que sea un colaborador cercano de una persona políticamente expuesta, en caso Afirmativo, favor llenar FORM. PEP							
<b>DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN/NEGOCIO</b>							
Nombre o Razón Social lugar de trabajo			Actividad Económica			Cargo	
Dirección comercial o lugar de trabajo	Calle Principal:				No. Transversal		
	País:		Provincia:		Ciudad:		Cantón:
Teléfonos:	Lugar de trabajo:		Fax:		Correo electrónico:		
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA</b>							
Actividad principal			Total de ingresos mensuales: USD.			Total de egresos mensuales: USD.	
En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal indicar:							
Otros ingresos	Total de ingresos mensuales: USD.						
Fuente:							
<b>Situación Financiera:</b>	<b>Total Activos</b>		<b>Total Pasivos</b>		<b>Patrimonio</b>		
USD.	(-)		(=)				
<b>INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO</b>							
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	OTRA	CUAL		
Contratante - Asegurado							
Contratante - Beneficiario							
Asegurado - Beneficiario							
<b>REFERENCIAS</b>							
Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo
<b>DECLARACIÓN</b>							
<b>ENTREGA DE FONDOS:</b> Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores entregados a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., por la (las) póliza(s) son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.							
<b>AUTORIZACIÓN:</b> 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 PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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 PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.							
_____							
Firma del Contratante				C.I.:			

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

Nombre o Razón Social:

No. de Credencial:

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado:

Declaro haber cumplido con lo establecido en el artículo 17 de la Resolución JB-2012-2147 de 26 de abril de 2012 que contempla las normas de Prevención de Lavado de Activos para las instituciones del Sistema de Seguro Privado

\_\_\_\_\_  
Firma del Corredor

**JUSTIFICACIÓN POR NO ENTREGA DE INFORMACIÓN**

**USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

Se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Revisión de listas: SI

Confirmación del pago del impuesto a la Renta generado de la página del SRI: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN**

Copia del Documento de Identidad del contratante (Legible)

Copia del Documento de Identidad del cónyuge o conviviente legal del contratante (Legible)

Copia de un recibo de servicio básico, del último mes, en que conste la dirección del domicilio o trabajo

Copia del RUC si el contratante es independiente

Confirmación del Pago de Impuesto a la Renta