

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES



PERSONA NATURAL

Señale con una X el tipo de ramo

GENERALES
  FIANZAS
  Deudor
  Garante

Escribir a máquina o en letra impresa

La información aquí descrita será considerada como confidencial

## 1. Información del solicitante

|  |  |  |                      |   |  |                             |   |  |  |  |
|--|--|--|----------------------|---|--|-----------------------------|---|--|--|--|
| Apellido paterno   |  | Apellido materno   |                      | Nombres completos   |  |                             | Nacionalidad  |  | Identificación N°  |  |
| Tipo de identificación<br><input type="checkbox"/> Pasaporte |  | Cédula Ecuatoriana<br><input type="checkbox"/> Visa 12IV |                      | Fecha de nacimiento<br>Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> |  |                             | Estado civil<br>Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/><br>Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> |  | Género (sexo)<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  |
| País de residencia   |  |  | Ciudad de residencia |   |  | Provincia de residencia     |   |  | Cantón   |  |
| Parroquia  |  |  | Sector               |   |  | Correo electrónico personal |   |  | Teléfono convencional  |  |
| Calle principal  |  |  |                      | Casa N°   |  | Calle secundaria            |   |  | Teléfono celular   |  |

## Información del cónyuge

|                  |  |                  |  |                   |  |  |   |  |
|------------------|--|------------------|--|-------------------|--|--|---|--|
| Apellido paterno |  | Apellido materno |  | Nombres completos |  |  | Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Visa 12IV <input type="checkbox"/><br>Núm. Identificación <input type="text"/> |  |
|------------------|--|------------------|--|-------------------|--|--|---|--|

## 2. Datos actividad económica / ocupación / negocio del solicitante

|                           |  |   |         |                                  |                                    |                       |                  |
|---------------------------|--|---|---------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------|
| Profesión del solicitante |  | Actividad económica u ocupación del solicitante |         |                                  | Nombre de la empresa donde trabaja |                       |                  |
| Cargo en la empresa       |  | Actividad de la empresa                         |         | Correo electrónico en la empresa |                                    | Teléfono convencional |                  |
| Calle principal           |  |   | Casa N° |                                  | Calle secundaria                   |                       | Teléfono celular |

## 3. Vínculos con el asegurado (según corresponda al tipo de ramo)

| Relacionados  | Parentesco con el asegurado | Número de identificación | Apellidos paterno | Apellido materno | Nombres completos |
|---------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| SOLICITANTE:  |                             |                          |                   |                  |                   |
| BENEFICIARIO: |                             |                          |                   |                  |                   |

En caso existan varios beneficiarios, debe adjuntar una listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres

## 4. Ingresos del solicitante

|  |  |                           |  |
|--|--|---------------------------|--|
| Ingresos/Ventas mensuales de actividad declarada                       |  | Otros ingresos mensuales: |  |
| Fuente de otros ingresos mensuales (listar las actividades económicas) |  |                           |  |

## 5. Documentación que se debe adjuntar

- Copia de documento identificación del solicitante
- Certificado de empadronamiento (refugiados)
- Copia de recibo de servicio básico
- Copia de documento de identificación del cónyuge

**CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA ENTRE US\$50,000.00 y US\$200,000.00 O CORRESPONDA AL RAMO DE FIANZAS**

Total activos:  Total pasivos:

- Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI a través de su página web.

## DATOS PARA EL RAMOS DE FIANZAS

|             |    |           |    |                  |    |                   |    |
|-------------|----|-----------|----|------------------|----|-------------------|----|
| PROPIEDADES | \$ | VEHICULOS | \$ | DEUDAS BANCARIAS | \$ | CUENTAS POR PAGAR | \$ |
|-------------|----|-----------|----|------------------|----|-------------------|----|

CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA MAYOR A US\$200,000.00

## 6. Referencias del solicitante

| Referencias personales |            |          | Referencias comerciales |       |          | Referencias bancarias/tarjetas de crédito |                  |
|------------------------|------------|----------|-------------------------|-------|----------|---|------------------|
| Nombre                 | Parentesco | Teléfono | Entidad                 | Monto | Teléfono | Institución financiera                    | Tipo de producto |
|                        |            |          |                         |       |          |   |                  |

## 7. Declaración y autorización

### Declaración:

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 Aseguradora del Sur C.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 Aseguradora del Sur C.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 legítimo, y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaro que yo, mi cónyuge, mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos  Sí/No  desempeño/an o he /han desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc.; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

### Autorización:

Autorizo expresamente, en forma libre, voluntaria e irrevocable, a Aseguradora del Sur C.A. para que obtenga en cualquier momento y de cualquier fuente de información que considere pertinente, incluida la Central de Riesgos y Burós de Información Crediticia, mis referencias e información personales sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas corrientes, de ahorros, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones y demás información relacionada con mis activos, pasivos y contingentes, así como información de carácter general. De igual forma, Aseguradora del Sur C.A. queda expresamente autorizada para que pueda, en cualquier momento, utilizar, transferir o entregar dicha información y aquella que genere con Aseguradora del Sur por ocasión de la relación existente a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la 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.

## 8. Firmas

CIUDAD:

FECHA:  año  mes  día

Firma del Solicitante

Num Id:

### Asesor Productor de Seguros

Confirmando haber revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante. 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 del Asesor Productor de Seguros

Nombre:

Num Id.:

### Aseguradora del Sur

Confirmando que el formulario está lleno y está adjunta la documentación requerida. Asimismo confirmo la revisión de listas de observados.

Firma del Ejecutivo

Nombre:

Num Id.: