



Formulario de Vinculación "Conozca a su Cliente" Persona Natural CHUBB

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa respecto de la Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, le solicitamos llenar el presente formulario. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Señale si la Relación Comercial es	<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Fecha
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

1. Datos de vinculación

Señale si usted es	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario
--------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Indique los vínculos existentes entre:

Solicitante - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Solicitante - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro

2. Datos de cliente

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
País de Residencia	Ciudad de Residencia	Nacionalidad	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Viudo			
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal	
Correo Electrónico				Teléfono

3. Información del cónyuge o conviviente (en el caso de que aplique)

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				

4. Actividad económica

<input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Otro		
Empresa en la que trabaja	Cargo	Profesión:	
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal
Correo Electrónico	Teléfono		

5. Perfil financiero

Detalle sus Ingresos Mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo a los siguientes rangos:

<input type="checkbox"/> De 0 a 600USD	<input type="checkbox"/> De 601 a 1.000	<input type="checkbox"/> De 1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/> De 2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/> De 3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/> De 4.001 a 5.000	<input type="checkbox"/> >= 5.001
Total Activos	USD	Total Pasivos	USD	Otros Ingresos	USD	
Detalle la fuente de otros ingresos						

6. Propósito de la relación comercial (para uso de comercial o asesor productor)

<input type="checkbox"/> Ramos Generales <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Vida	Valor Asegurado	USD
---	-----------------	-----

7. Referencias (obligatorio si la suma asegurada acumulada supera los USD 200.000)

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

8. Declaración de información

Declaración de Licitud de Fondos: Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Chubb Seguros Ecuador S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la "Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos".

Declaración de Licitud de información: Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

Autorización: Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro. Así mismo autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas

Formulario de Vinculación “Conozca a su Cliente” Persona Natural CHUBB

9. Documentos a adjuntar

a) Copia legible del documento de identidad (cédula o pasaporte)	<input type="checkbox"/>
b) Copia legible del documento de identidad del cónyuge (de ser aplicable)	<input type="checkbox"/>
c) Copia de un recibo de un servicio básico (máximo anterior a 3 meses)	<input type="checkbox"/>
d) Copia de pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o su confirmación publicada en la página web del SRI (aplicable sólo si la suma asegurada supera los USD50.000)	<input type="checkbox"/>

10. Justifique falta de información

Observación

11. Declaración de Persona Expuesta Políticamente (PEP)

La presente declaración no constituye autoincriminación de ninguna clase, ni conlleva responsabilidad administrativa, civil o penal

Yo, _____, con documento de identificación No. _____ informo que he leído la Lista Mínima de Cargos Públicos a ser Considerados como “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 de que la respuesta sea positiva, indicar: Cargo/Función/Jerarquía o relación con la Persona Expuesta Políticamente.

Adicionalmente, declaro que mantengo relaciones comerciales contractuales o laborales o me encuentro asociado de cualquier forma con (favor detallar el nombre de la persona natural o jurídica) _____

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

- *Se considera Persona Expuesta Políticamente a aquella 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 y financiamiento de 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. Serán considerados PEP después de un (1) año de haber cesado en las funciones que desempeñaba.*

12. Firma del solicitante y/o asegurado

Firma

No. Documento

13. Firma del ejecutivo o el asesor productor

Declaro haber cumplido con el proceso de la Política “Conozca a su Cliente”, de acuerdo a lo requerido en la normativa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (Resolución JB-2012-2147)

Firma

Nombre del Asesor Productor		Nombre del Ejecutivo		No. de Credencial	
-----------------------------	--	----------------------	--	-------------------	--