

DIA	MES	AÑO

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

NUEVO:

RENOVACIÓN:

**SUMA ASEGURADA IGUAL O INFERIOR A USD50,000**

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 GÉNERO: M  F   
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC  PAS  OTRO   
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

**En caso de ser extranjero con pasaporte**

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 FECHA DE CADUCIDAD DEL PASAPORTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 FECHA DE INGRESO AL PAÍS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ESTADO MIGRATORIO:  
 9.I Rentista  12-III Cortesía   
 9. II Inversionista de Bienes Raíces  12-IV Asilo o Refugio   
 9.III Inversionista Industrial  12-V Estudiante   
 9.IV Representante, apoderado.  12-VI Trabajo   
 9.V Profesional  12-VII Misioneros, Religiosos Voluntarios   
 9.VI Amparo Familiar  12-VIII Intercambio Cultural   
 12-I Diplomática  12-IX Turismo, Actividad Comercial, Deportes   
 12-II Oficial  12-X Transeuntes

CIUDAD DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ PAIS DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E - MAIL: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL PARA RECIBIR COMPROBANTES ELECTRONICOS: \_\_\_\_\_

**DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA /OCUPACIÓN / NEGOCIO**

CONDICION O RELACIÓN LABORAL: DEPENDIENTE  NO DEPENDIENTE  NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_  
 PROFESIÓN: \_\_\_\_\_  
 CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE: COMERCIAL:  INDUSTRIAL:  FINANCIERO:  SERVICIO:   
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: ENTIDAD PUBLICA  ENTIDAD PRIVADA

**SI UD. TRABAJA EN EL SECTOR PÚBLICO RESPONDA LOS SIGUIENTE:**

- ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICO? SI  NO   
 - ¿SU CARGO ES DE ALTO MANDO, GERENCIAL O CUMPLE FUNCIONES? SI  NO   
 CONSIDERADAS DESTACADAS EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR? SI  NO

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE**

NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: \_\_\_\_\_ CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_

**PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS**

<b>Total de ingresos Mensuales por actividad declarada:</b>			<b>Total de ingresos Mensuales por actividad diferente:</b>		
Cod.		<input type="checkbox"/>	Cod.		<input type="checkbox"/>
1	0 a 250 USD	<input type="checkbox"/>	1	0 a 250 USD	<input type="checkbox"/>
2	251 a 600	<input type="checkbox"/>	2	251 a 600	<input type="checkbox"/>
3	601 a 1.000	<input type="checkbox"/>	3	601 a 1.000	<input type="checkbox"/>
4	2.000	<input type="checkbox"/>	4	1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/>
5	3.000	<input type="checkbox"/>	5	2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/>
6	4.000	<input type="checkbox"/>	6	3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/>
7	5.000	<input type="checkbox"/>	7	4.001 a 5.000	<input type="checkbox"/>
8	>= 5.001	<input type="checkbox"/>	8	>= 5.001	<input type="checkbox"/>

Fuente de Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

**Declaración Situación Financiera:**

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio

**DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL**

RAMO AL QUE APLICA:

SUMA ASEGURADA :

USD.

**DATOS DE BENEFICIARIO O AFIANZADO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)**

VINULOS EXISTENTES ENTRE EL ASEGURADO Y:

NOMBRES:

APELLIDOS:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:

CC

PAS

OTRO

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

CIUDAD DE RESIDENCIA:

PAIS DE RESIDENCIA

DIRECCIÓN

TELEFONO

CELULAR

E - MAIL

En caso de que el beneficiario o afianzado sean diferentes del solicitante, asegurado o cliente, indique la relación existente entre ustedes:

FAMILIAR

COMERCIAL

LABORAL

**ADJUNTAR**

COPIA DE CÉDULA Y CERTIFICADO DE VOTACIÓN DEL CLIENTE.

COPIA DE CÉDULA Y CERTIFICADO DE VOTACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE.

COPIA DE PLANILLA DE UN SERVICIO BÁSICO.

  
  
**SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD50,000.00 E INFERIOR A US\$200,000.00****ADJUNTAR**

CONFIMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR.

**SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD200,000.00****REFERENCIAS PERSONALES Y/O BANCARIAS Y/O COMERCIALES**

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/ Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Número de Tarjeta

**DECLARACIÓN**

**ENTREGA DE FONDOS:** CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS VALORES CANCELADOS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. POR LAS TRANSACCIONES Y OPERACIONES QUE HE EFECTUADO O EFECTUARÉ , POR LA (S) POLIZA (S) ADQUIRIDA(S), SON Y PROVIENEN DE ACTIVIDADES LICITAS Y QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA DETALLADA ES DE ABSOLUTA RESPONSABILIDAD DE QUIÉN SUSCRIBE ESTE DOCUMENTO.

ASÍ MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA Y CONOZCO LA OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE MIS DATOS PERSONALES, ASÍ COMO DE COMUNICAR Y DOCUMENTAR DE MANERA INMEDIATA A LA COMPAÑÍA CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN QUE HUBIERE PROPORCIONADO. DURANTE LA VIGENCIA DE LA RELACIÓN CON LA COMPAÑÍA, ME COMPROMETO A PROVEER LA INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA.

**AUTORIZACIÓN:**

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES DEL ARTÍCULO 3 DE LA LEY PARA REPRIMIR EL LAVADO DE ACTIVOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A., A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI COMO A LAS AUTORIDADES, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE ECUATORIANO SUIZA S.A.

Firma del Cliente

C.C.

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGURO (En caso de que el producto se adquiriera a través de Broker)**

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

NÚMERO DE CREDENCIAL:

NOMBRE DEL EJECUTIVO ENCARGADO:

CARGO:

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente bajo la responsabilidad estipulada en el art. 17 de la Normativa JB-2013-2454.

FIRMA DEL EJECUTIVO/ASESOR DE SEGUROS

**USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO CON LAS LISTAS DE INFORMACIÓN OFICIAL COMO:

REGISTRO CIVIL:

SRI:

PEP's:

CONSEP:

OFAC:

OTRAS:

FIRMA DEL EJECUTIVO COMERCIAL / VERIFICADOR

FECHA:

DEBIDA DILIGENCIA AMPLIADA

FIRMA DEL GERENTE COMERCIAL