



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA NATURAL

CLIENTE GARANTE

Vigente desde junio 2014

La información aquí descrita será considerada como confidencial y es solicitada para cumplimiento de la Resolución N° JB-2012-2147 emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros de carácter obligatorio. No deben existir campos en blanco, de no poseer cierta información, escribir N/A.

DATOS BÁSICOS			
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Nombre(s):		Ocupación:	
Ciudad y Fecha de Nacimiento:		____/____/____ <small>día mes año</small>	Nacionalidad:
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		Nro. Identificación	
INFORMACIÓN PARA EXTRANJEROS			
Si posee pasaporte llenar lo siguiente: Fecha Expedición Pasaporte: ____/____/____ <small>día mes año</small>		Fecha Caducidad Pasaporte: ____/____/____ <small>día mes año</small>	
Estado Migratorio o Código de Visa (Según pasaporte)		Fecha de Ingreso al país (Pasaporte): ____/____/____ <small>día mes año</small>	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Separación de Bienes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL CÓNYUGE			
Apellidos y Nombres Completos:			
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		Nro. Identificación	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			
País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Sector:		Referencia:	
Dirección (Calle Principal, N°, Transversal):			
Teléfono Domicilio:		Celular:	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA			
País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Sector:		Referencia:	
Dirección (Calle Principal, N°, Transversal):			
Teléfono Oficina:			
DATOS DE ENTREGA DE PÓLIZA			
Dirección para entrega de Factura: Domicilio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
Si es Otra especifique:			
País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Dirección (Calle Principal, N°, Transversal):			
FACTURACIÓN ELECTRÓNICA			
Con conocimiento de las disposiciones del SRI, bajo mi responsabilidad, declaro la dirección de correo electrónico a través de la cual se me notificará sobre la facturación por la emisión de pólizas a mi favor:			
Correo Personal:		Correo Laboral:	
Otro:			
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA / NEGOCIO			
Tipo de Act. Económica: Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/>			
Nombre de la Empresa:		Actividad de la Empresa:	Cargo:

INGRESOS MENSUALES	
Total de Ingresos Mensuales: USD	¿Posee ingresos diferentes de la actividad principal?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es SI llene la siguiente información	
Ingresos Diferentes de la actividad principal: USD.	Fuente de Otros Ingresos:
INFORMACIÓN QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMA ASEGURADA MAYOR A USD \$50.000,01 Situación financiera del cliente y/o asegurado	
Total de Egresos Mensuales: USD	
Total Activos:	Total Pasivos:
INFORMACIÓN QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMA ASEGURADA MAYOR A USD \$200.000,01 Referencias	
REFERENCIAS PERSONALES	
1) Nombres y Apellidos:	
Parentesco:	Teléfono(s):
2) Nombres y Apellidos:	
Parentesco:	Teléfono(s):
REFERENCIAS BANCARIAS	
1) Institución Financiera:	
Tipo:	Número:
2) Institución Financiera:	
Tipo:	Número:
DETERMINACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<p>Usted, su cónyuge, pariente o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y de afinidad (ejemplo: abuelos, padres, hijos, hermanos, tíos, primos, suegros, cuñados) desempeñan o han desempeñado funciones públicas a partir del grado 4 determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio de Relaciones Laborales en el último año, como por ejemplo: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Viceministro, Subsecretario, Director General, Director Nacional o autoridades de control; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.</p>	
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO	
<p>1. Declaro (amos) y asumo (imos) que toda la información contenida en esta solicitud es correcta y de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de estos datos.</p> <p>2. Conocedor (es) de las penas de perjurio, declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Seguros Oriente S.A., por la (s) prima (s) por la (s) póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.</p> <p>3. Conocedor (es) de las disposiciones del Artículo 3 de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Seguros Oriente S.A., a realizar los análisis, verificaciones y consultas que considere necesarias; así como proveer a las entidades autorizadas información sobre cualquier obligación derivada de la emisión de las pólizas solicitadas a la Aseguradora, así como a sus funcionarios y autoridades. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Seguros Oriente S.A., sus funcionarios y autoridades.</p>	
_____/_____/_____/_____ Ciudad y Fecha día mes año	_____ Firma del Cliente
PARA USO DE LA ASEGURADORA	
Nombre del Corredor:	Suma Asegurada Total: USD.
Ramos: Vehículos <input type="checkbox"/> Generales <input type="checkbox"/> Fianzas <input type="checkbox"/>	Estado: Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>
DOCUMENTOS REQUERIDOS	

Para sumas aseguradas inferiores a USD. \$50.000,01 adjuntar:

- Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación.
- Copia de papeleta de votación o certificado de empadronamiento.
- Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación del cónyuge o conviviente.
- Copia de papeleta de votación o certificado de empadronamiento del cónyuge o conviviente.
- Copia de uno de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.

Para sumas aseguradas iguales o superiores a USD. \$50.000,01 adjuntar:

- Confirmación de pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI.