

## FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES (Persona Natural)

**Resolución JB-2012-2147 del 26/04/2012 Art. 14 Superintendencia de Bancos y Seguros**

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

### Información del Cliente

Tipo de Identificación: C.I. \_\_\_ Pasaporte \_\_\_ RUC \_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
 Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ U/Libre \_\_\_ Viudo \_\_\_  
 Dirección: Calle principal \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
 Transversal \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cantón \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Web Site: \_\_\_\_\_

### Vínculo existente entre el cliente y BENEFICIARIO

Tipo de relación: Cónyuge \_\_\_ Hijo \_\_\_ Padres \_\_\_ Otros (especifique): \_\_\_\_\_  
 Tipo de Identificación: C.I. \_\_\_ Pasaporte \_\_\_ Otro \_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
 Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nota: En caso de existir más de un beneficiario, favor especificar nombres completos y vínculo: \_\_\_\_\_

### Datos de Actividad Económica/Ocupación/Negocios

Ocupación ó Actividad Económica: \_\_\_\_\_ Código actividad económica (SBS): \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual: \_\_\_\_\_ PEP: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Actividad de la empresa: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección de cobro: Domicilio \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

### Situación Financiera

Otros ingresos: USD \_\_\_\_\_ Descripción de los otros ingresos: \_\_\_\_\_  
**(Aplica a cúmulos superiores a USD 50.000 e inferiores a USD 200.000)**  
 Total de Activos: \_\_\_\_\_ USD Total de Pasivos: USD \_\_\_\_\_ Total Patrimonio: USD \_\_\_\_\_

### Información adicional del Cónyuge o Conviviente

Tipo de Identificación: C.I. \_\_\_ Pasaporte \_\_\_ RUC \_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Profesión o Actividad Económica: \_\_\_\_\_ Ingreso anual: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Referencias (aplica a cúmulos superiores a USD 200.000)

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancos/Tarjetas	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Instituc.Finan.	Tipo

### DECLARACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario, así como toda la documentación presentada, es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el 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 de la documentación e información que me sea solicitada.

El asegurado declara expresamente que el seguro aquí convenido ampara bienes de procedencia lícita, no ligados con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad tipificada en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas o en la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos. Igualmente la prima a pagar por este concepto tiene origen lícito y ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente. Eximo a Seguros Sucre S. A. de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

---

**AUTORIZACION**

Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el lavado de activos, narcotráfico y financiamiento al terrorismo autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Sucre 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, e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros Sucre S. A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, y revisar los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios de la empresa.

\_\_\_\_\_ Lugar y Fecha  
Firma del Cliente  
C. I. \_\_\_\_\_

---

**CANAL DE VINCULACIÓN DEL CLIENTE**

Directo \_\_\_\_ Broker \_\_\_\_ Banco del Pacífico \_\_\_\_ CFN \_\_\_\_ Otros (especifique): \_\_\_\_\_

---

**DATOS DEL CORREDOR O BROKER**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa JB-2012-2147 Art. 14; emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido confirmada y verificada correctamente.

\_\_\_\_\_ Lugar y Fecha  
Firma  
C.I. \_\_\_\_\_

---

**USO EXCLUSIVO DE SEGUROS SUCRE S. A.**

---

**Datos de la Relación Comercial**

Nueva \_\_\_\_ Renovación \_\_\_\_ Ramos: Vida \_\_\_\_ Generales \_\_\_\_ Fianzas \_\_\_\_

Cúmulo Actual de Suma Asegurada: USD \_\_\_\_\_

Nueva Suma Asegurada: USD \_\_\_\_\_

---

**Nombre y firma del Ejecutivo que verifica la documentación e información**

Nombre: \_\_\_\_\_

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y declaro que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

\_\_\_\_\_ Lugar y Fecha  
Firma