

PERSONA NATURAL

Estimado Cliente, de acuerdo con la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos y demás normativas aplicables, le solicitamos llenar el presente formulario en todos sus campos, como requisito indispensable para la emisión de su Póliza de Seguro.

A. INFORMACION BÁSICA

Nombre completo: (Apellidos y Nombres)		Identificación:	C.C.:	Psprt:	RUC:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	No.:	NACIONALIDAD:	SEXO:
PAIS:	CIUDAD				Masculino Femenino
LUGAR DE RESIDENCIA	PROVINCIA:	DIRECCION DE DOMICILIO			
CIUDAD:					
ESTADO CIVIL	TELEF. DOMICILIO	CELULAR:	E-MAIL:		
INFORMACIÓN DEL CONYUGE					
IDENTIFICACION:	C.C.	Psprt:	No.:	Tiene separación de bienes?	
				SI	NO
NOMBRE COMPLETO			ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONYUGE:		

B. INFORMACION DE ACTIVIDAD / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Actividad económica del Cliente		Profesión			
Nombre de la Empresa para la que trabaja / Negocio Propio		Cargo			
Ubicación de la empresa en la que trabaja / Negocio Propio					
PAIS	CIUDAD	DIRECCIÓN			
TELEF.1:	EXT:	TELF./FAX	E-MAIL:		

C. INFORMACION ECONOMICA / FINANCIERA

Ingresos Mensuales (\$)	Egresos Mensuales (\$)	Activos totales (\$)	Pasivos totales / Deudas (\$)	PATRIMONIO (\$) (Act - Pas)
Describe el tipo de Activos/Bienes que posee:		Describe el tipo de Pasivos/Créditos que tiene:		
Describe el origen de sus ingresos:		Sus ingresos responden a operaciones en el exterior:		
		SI NO		
		Que tipo de operaciones realiza en el exterior?		

D. REFERENCIAS (Solo debe llenarse si la suma asegurada de sus Pólizas es mayor a USD 200.000,00)

REFERENCIAS PERSONALES: FAMILIAR O CONOCIDO QUE NO VIVA CON USTED				
Nombre:	Parentezco / Relación	Telefonos:		
REFERENCIA BANCARIA				
Tipo de Cuenta:	Cta. Ahorros	Cta Corriente:	Trj. de Crédito:	Cert.de Depósito:
Institución Financiera	No.			
REFERENCIA COMERCIAL				
Entidad:	Monto (\$):		Tlf.	

E. FAVOR ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A ESTE FORMULARIO

- Copia de Cédula de Ciudadanía / Pasaporte (Extranjeros): TITULAR Y CONYUGE
- Copia de un recibo de Servicio Básico (Agua, Luz o Teléfono)
- Declaración de Impuesto a la Renta (Solo cuando la suma asegurada sea mayor a USD 50.000,00)

F. DECLARACIONES

1.- Cual es la razón o propósito por la que establece una relación comercial con Seguros Constitución?

2.- Si usted es el Solicitante de la póliza pero no es el Asegurado, explique el vínculo que tiene con el Asegurado, Afianzado o Beneficiario de la póliza:

3. Declaro bajo juramento que (Si NO)me encuentro ejerciendo o ejercí funciones públicas en el Ecuador o en el Extranjero en los 2 últimos años: En caso de ser actualmente funcionario público, señale el cargo e institución:

En caso de que su cónyuge, hijos, padres o un Colaborador sea actualmente funcionario público, señale el cargo e institución donde trabaja:

Fecha del nombramiento o designación

Fecha de culminación del cargo (en caso de no estar en funciones)

La información proporcionada es de estricta confidencialidad para la compañía y será utilizada únicamente en la emisión de la póliza

4. Declaración de origen lícito de recursos y autorización de verificación de información

Declaro que los bienes y/o fondos que se entregarán a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS tienen origen lícito, no provienen ni provendrán y no están ni estarán relacionados directa o indirectamente con actos tipificados como delitos o prohibidos por la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y por la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y, en general cualquier actividad considerada como ilícita por la Legislación Ecuatoriana. Nuestra actividad económica o de la que se percibe los fondos son permitidas por la ley y no son operaciones/transacciones económicas inusuales e injustificadas acorde a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. La información proporcionada en este documento es veraz, completa y fidedigna y, se autoriza expresamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS para que acceda a la información del/los suscrito/s en la Central de Riesgos de deudores, Buros de información crediticia y a cualquier fuente de información con fines análogos de mis referencias y en general sobre el cumplimiento de mis/nuestras obligaciones y demás activos, pasivos y datos personales. CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS queda autorizada para utilizar, transferir y entregar la información a autoridades competentes y organismos de control en caso de que fuere requerida, al igual que a realizar la comprobación de estas declaraciones eximiéndola de toda responsabilidad de cualquier naturaleza, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones fuesen falsas y erróneas. En caso de cualquier cambio a la información arriba expuesta, nos comprometemos a informar de manera inmediata a la aseguradora.

5.- Aceptación de Comprobantes Electrónicos

Queda convenido mediante mi firma en este formulario, que acepto y doy mi consentimiento para que CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS envíe los comprobantes electrónicos emitidos a mi nombre, a la dirección de correo electrónico proporcionada por mi persona en este documento o en los medios dispuestos para ello.

6.- Declaración de información para Renovaciones

En virtud de mi decisión de proceder con la renovación de la/s póliza/s contratada/s en CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, declaro bajo juramento, que la información ingresada en la empresa de seguros al momento de contratar la/s póliza/s original/es que se transcriben textualmente en el presente documento, en relación a mis actividades económicas y demás datos necesarios para la debida diligencia, no ha sufrido cambios. Eximo de responsabilidades a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en caso de que por un error involuntario se omita información que pudiere modificar la información original entregada.

Adicionalmente me comprometo a entregar anualmente los siguientes documentos, según me lo solicite la Compañía de Seguros:

- Declaración de Impuesto a la Renta actualizado (Clientes con sumas aseguradas mayores a \$50,000.00)

Firma Cliente

C.C / PAS:

Fecha de entrega:

7.- Declaración del responsabilidad del Asesor Productor de Seguros y/o Agencia Asesora Productora de Seguros

Yo, Agente Asesor Productor de Seguros y/o Agencia Asesora Productora de Seguros en función de mis obligaciones de intermediación y en cumplimiento de la normativa legal vigente en Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos (Resolución JB-2012-2147), doy fe de que la información, firma y/o rubrica constantes en el presente formulario de vinculación corresponden al Cliente identificado en este documento.

Nombre del Asesor o Agencia de Seguros

Fecha de revisión de información:

Firma y sello

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

RECIBIDO POR:	REVISADO / REGISTRADO POR: * (Debida diligencia)	ARCHIVADO POR:
Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma

Observaciones:

*He revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el Cliente o Contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente", incluyendo que la firma del Cliente corresponda a la de su documento de identificación.

*He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente" y verificado el riesgo del Cliente o Contratante

