

## PERSONA NATURAL

El presente formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras, como requisito indispensable para la emisión de su Póliza de Seguro. La información solicitada, se encuentra conforme a las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento; y, resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS); Junta de Política y Regulación Financiera; y, Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

### A. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CLIENTE

Nombre completo ( Apellidos y Nombres)		No. Identificación	Cédula	RUC	Pasaporte	Nacionalidad	Edad
País de Nacimiento		Ciudad de nacimiento	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil	Sexo / Genero <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
País de residencia	Ciudad de residencia	Dirección de domicilio		Teléfonos de contacto		Correo electrónico	

### DATOS DEL CONYUGE

Nombre completo ( Apellidos y Nombres)		No. ID.	Cédula	RUC	Pasaporte	Teléfono celular / fijo	Correo electrónico	¿Separación de bienes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nacionalidad	Dirección domicilio		Actividad Económica					

### B. INFORMACIÓN LABORAL DEL CLIENTE

Tipo de actividad <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA	Actividad económica principal	Nombre de la empresa o negocio en la que trabaja		
Cargo	Profesión	Dirección de la empresa/negocio en la que trabaja		
País de residencia de la empresa/negocio	Ciudad de residencia de la empresa/negocio	Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2	Correo electrónico laboral

### C. INFORMACIÓN ECONÓMICA/FINANCIERA DEL CLIENTE

¿Declara impuesto a la renta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Usted, lleva contabilidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ingresos Mensuales (\$)	Egresos Mensuales (\$)	¿Sus ingresos provienen de actividades en el extranjero? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Especifique el origen de todos sus ingresos		Si sus ingresos responden a actividades en el exterior, indique que actividades		
Activos Totales (\$)	Pasivos Totales / Deudas (\$)	Patrimonio = Activo - Pasivo (\$)		
Describa el tipo de Activos/Bienes que posee		Describa el tipo de Pasivos/Créditos que tiene		

### D. REFERENCIAS (Solo debe llenarse si la suma asegurada de sus pólizas superan los USD. 200,000.00)

REFERENCIAS PERSONALES: FAMILIAR O CONOCIDO QUE NO VIVA CON USTED		
Nombre	Parentesco / Relación	Teléfonos
REFERENCIA BANCARIA		
Origen de la cuenta <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INVERSIÓN	Institución Financiera
		Número de Cuenta
REFERENCIA COMERCIAL		
Entidad	Monto (\$)	Teléfonos

### E. DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero?  SI  NO

SI RESPONDIÓ "SI" EN LA PREGUNTA ANTERIOR, INDIQUE LO SIGUIENTE:

Rango jerárquico que desempeña o desempeñó	Cargo	Institución	Fecha desde:	Fecha hasta:
--------------------------------------------	-------	-------------	--------------	--------------

¿Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/nietos) o 1er. de afinidad (cónyuge)?  SI  NO

¿Usted trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?  SI  NO

En caso de ser familiar; colaborar o empleado de un PEP, indicar la relación:

Nombres y Apellidos del PEP:	Cargo del PEP:	Institución en la que trabaja o trabajó el PEP
------------------------------	----------------	------------------------------------------------

### F. RELACIÓN COMERCIAL O CONTRACTUAL

Ramo de seguro	Suma asegurada (\$)	Canal de vinculación	Forma de pago	Propósito de contratar el seguro
----------------	---------------------	----------------------	---------------	----------------------------------

### G. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

- Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte (extranjeros) / Titular
- Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte (extranjeros) / Conyuge del Titular
- Copia de RUC (cuando aplique)
- Copia de recibo de servicio básico (agua o luz)
- Declaración del Impuesto a la Renta del ultimo ejercicio vigente (Solo cuando la suma asegurada sea mayor a USD. 50,000.00)

**H. VINCULOS ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO (EN EL CASO DE SER DIFERENTES AL ASEGURADO)**

Nombres y Apellidos		<input type="checkbox"/> Solicitante o contratante	<input type="checkbox"/> Afianzado	<input type="checkbox"/> Beneficiario	Relación	No. Identific.	<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Psspt	Nacionalidad
Provincia		Ciudad		Dirección Domicilio		Correo electrónico		Teléfono		

**I. INFORMACIÓN DE TERCEROS (REPRESENTANTES LEGALES O APODERADOS) (Si el cliente es menor de edad su representante legal o actúa en representación del asegurado)**

Nombres y Apellidos		Relación	No. Identific.	<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Psspt	Nacionalidad
Dirección Domicilio		País de residencia	Correo electrónico		Teléfono		Celular

**J. DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

Declaro que los bienes y/o fondos que se entregarán a CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA 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. COMPANIA DE SEGUROS para que acceda a la 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. COMPANIA DE SEGUROS queda autorizada para utilizar, transferir y entregar la información a autoridades competentes y organismos de control en caso de que fuera requerido, 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.

**K. ACEPTACIÓN DE COMPROBANTES ELECTRÓNICOS**

Queda convenido mediante mi firma física, electrónica, digital en este formulario o aceptación expresa a los términos y condiciones en cualquier plataforma habilitada por CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA DE SEGUROS, que acepto y doy mi consentimiento para que CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA DE SEGUROS envíe los comprobantes electrónicos emitidos a mi nombre o de mi representada, a la dirección de correo electrónico proporcionada en este documento o en los medios dispuestos para ello.

**L. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA DE SEGUROS en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus clientes, la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos protección de estos. En este sentido, como Cliente, Asegurado, Solicitante y/o beneficiario de una póliza de seguro autorizo a CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA DE SEGUROS, en caso de que un error u omisión, no se incluya información que pudiere modificar de que los datos sean utilizados para brindar el servicio del o los seguros contratado (s), garantizando el cumplimiento de la norma vigentes y la protección de sus datos personales.

**M. DECLARACIÓN PARA INFORMACIÓN DE RENOVACIONES**

En virtud de mi decisión de proceder con la renovación de la/s póliza/s contratada/s en CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA DE SEGUROS, declaro bajo juramento que la información ingresada en la empresa de seguros al momento de contratar la/s póliza/s original/e, 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. COMPANIA DE SEGUROS, en caso de que un error u omisión, no se incluya 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 del último ejercicio vigente (Clientes con sumas aseguradas mayores a USD. 50,000.00)

FIRMA DEL CLIENTE

C.C./RUC/PSP:

FECHA ENTREGA

**N. DECLARACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS (APS)**

Yo como Asesor Productor de Seguros y/o Agencia 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, declaraciones y aprobaciones constantes en el presente documento, corresponden al Cliente identificado en este formulario. Assumo toda responsabilidad sobre cualquier error u omisión cometido y eximo a CONSTITUCIÓN C.A. COMPANIA DE SEGUROS sobre cualquier reclamo o evento legal que pudiere generar el cliente o entidad de control, a consecuencia de este error u omisión.

NOMBRE DEL APS

FECHA DE VERIFICACIÓN

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL APS

**O. PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

OBSERVACIONES

REVISADO POR:

FECHA DE RECEPCIÓN / REVISIÓN:

FIRMA DEL COLABORADOR

\* 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 documentos de identificación.

\* He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "conozca a su cliente y he verificado el riesgo del cliente o contratante.

