

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Resolución JB-2010-1767 de 2010-08-16, 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 la Póliza y para fines de Control Interno

CIUDAD:	FECHA: AÑO (AAAA)	MES (MM)	DÍA (DD)	Por favor, completar este formulario con LETRA IMPRENTA, sin tachones ni enmendaduras e insertar líneas en los campos en los que no se cuente con información, no dejarlos en blanco.
---------	-------------------	----------	----------	--

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

No. IDENTIFICACIÓN: (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRES COMPLETOS:		NACIONALIDAD:				
FECHA DE NACIMIENTO:			LUGAR DE NACIMIENTO:			SEXO:		ESTADO CIVIL:		CARGAS FAMILIARES:		
AÑO	MES	DÍA				M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>

DOMICILIO O RESIDENCIA DEL SOLICITANTE

PROVINCIA:		CANTÓN:		CIUDAD:		PARROQUIA:		BARRIO:		SECTOR:		CALLE PRINCIPAL:		
No. DE CASA:		TRANSVERSAL:		REFERENCIAS DE UBICACIÓN DEL DOMICILIO:				TIPO DE VIVIENDA:						
								Arrendada <input type="checkbox"/>		Hipotecada <input type="checkbox"/>				
								Familiar <input type="checkbox"/>		Propia <input type="checkbox"/>				
TIPO DE PROPIEDAD:			TELÉFONO 1:			TELÉFONO 2:			CELULAR:			CORREO ELECTRÓNICO:		
Casa <input type="checkbox"/>	Condominio <input type="checkbox"/>	Edificio <input type="checkbox"/>	Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/>											

ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DIRECCIÓN EMPRESA/NEGOCIO DEL SOLICITANTE

FUENTE DE INGRESOS:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:				PROFESIÓN:		NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO:				
Salario <input type="checkbox"/>	Ventas/Ingresos <input type="checkbox"/>	Rentas <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Artesano <input type="checkbox"/>	Profesional Independiente <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Transportista <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>				
DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA/NEGOCIO:				INICIO ACTIVIDAD:		AFILIADO AL IESS:		CARGO:		NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:		
				AÑO	MES	DÍA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
CALLE PRINCIPAL EMPRESA/NEGOCIO:			NÚMERO:		TRANSVERSAL EMPRESA/NEGOCIO:			TELÉFONO 1 EMPRESA/NEGOCIO:		TELÉFONO 2 EMPRESA/NEGOCIO:		
REFERENCIAS DE UBICACIÓN EMPRESA/NEGOCIO:							CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA/NEGOCIO:					

DATOS PERSONALES DE(L) LA CÓNYUGE (Si aplica)

No. IDENTIFICACIÓN: (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRES COMPLETOS:		TRABAJO ACTUAL (ACTIVIDAD QUE REALIZA):				
NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO:		DIRECCIÓN DE LA EMPRESA/NEGOCIO:				TELÉFONO EMPRESA/NEGOCIO:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO:		

REFERENCIAS FAMILIARES (Por favor, describa los datos de dos familiares que no vivan con usted)

NOMBRE DE REFERENCIA:		PARENTESCO:		TELÉFONO:		NOMBRE DE REFERENCIA:		PARENTESCO:		TELÉFONO:	

REFERENCIAS BANCARIAS Y/O COMERCIALES

CUENTAS BANCARIAS:				TARJETAS DE CRÉDITO:							
TIPO DE CUENTA:		No. CUENTA:		INSTITUCIÓN:		EMISOR:		No. TARJETA:		CUPO:	
CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input type="checkbox"/>										
CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORROS <input type="checkbox"/>										

DATOS FINANCIEROS/NIVEL DE INGRESOS Y GASTOS

INGRESOS:		EGRESOS:		TOTAL BIENES MUEBLES E INMUEBLES (ACTIVOS):		TOTAL DEUDAS, CRÉDITOS O HIPOTECAS (PASIVOS):	
Ingresos Fijos del Solicitante		Alimentación					
Ingresos Variables del Solicitante		Servicios Básicos		DECLARACIÓN IMPUESTO A LA RENTA:			
Otros Ingresos*		Vivienda		POR ESTE MEDIO DECLARO, BAJO MI RESPONSABILIDAD, QUE CONFORME LO ESTABLECE LA NORMATIVA TRIBUTARIA VIGENTE: <input type="checkbox"/> NO estoy obligado a llevar Contabilidad. <input type="checkbox"/> SÍ estoy obligado a llevar Contabilidad y adjunto copia de mi última declaración del Impuesto a la Renta presentada ante el Servicio de Rentas Internas.			
Ingresos de(l) (la) Cónyuge		Salud					
		Educación					
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS					
*Detalle el origen de Otros Ingresos:							

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

RAMOS:		DESCRIPCIÓN DE(L) LOS SEGURO(S) A QUE APLICA:			TIPO DE SEGURO:		SUMA ASEGURADA:				
Vida <input type="checkbox"/>	Generales <input type="checkbox"/>	Fianza <input type="checkbox"/>				Nuevo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	USD 0,00 – 50.000,00 <input type="checkbox"/>	USD 50.001,00 – 200.000,00 <input type="checkbox"/>	USD 200.001,00 – En Adelante <input type="checkbox"/>	

DATOS ADICIONALES

TIPO DE SUJETOS:		No. IDENTIFICACIÓN: (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRES COMPLETOS:					
Asegurado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Afianzado <input type="checkbox"/>	Garante <input type="checkbox"/>										
PROVINCIA DOMICILIO:		CANTÓN DOMICILIO:		CIUDAD DOMICILIO:		PARROQUIA DOMICILIO:		BARRIO DOMICILIO:		SECTOR DOMICILIO:		CALLE PRINCIPAL:	
No. DE CASA:		TRANSVERSAL:		REFERENCIAS DE UBICACIÓN DEL DOMICILIO:				TELÉFONO 1:					
TELÉFONO 2:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO:				RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:					
								Familiar <input type="checkbox"/>				Amistad <input type="checkbox"/>	Compañero de Trabajo <input type="checkbox"/>

DATOS ADICIONALES

TIPO DE SUJETOS:		No. IDENTIFICACIÓN: (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRES COMPLETOS:					
Asegurado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Afianzado <input type="checkbox"/>	Garante <input type="checkbox"/>										
PROVINCIA DOMICILIO:		CANTÓN DOMICILIO:		CIUDAD DOMICILIO:		PARROQUIA DOMICILIO:		BARRIO DOMICILIO:		SECTOR DOMICILIO:		CALLE PRINCIPAL:	
No. DE CASA:		TRANSVERSAL:		REFERENCIAS DE UBICACIÓN DEL DOMICILIO:				TELÉFONO 1:					
TELÉFONO 2:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO:				RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:					
								Familiar <input type="checkbox"/>				Amistad <input type="checkbox"/>	Compañero de Trabajo <input type="checkbox"/>

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Resolución JB-2010-1767 de 2010-08-16, 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 la Póliza y para fines de Control Interno

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES SOLICITANTE Y ASEGURADO

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales; así como el comunicar y documentar de manera inmediata a Aseguradora del Sur C.A. cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía, me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

El(La) asegurado(a) y/o el(la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a Aseguradora del Sur C.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos o Financiamiento del Terrorismo. Igualmente, declara que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Aseguradora del Sur C.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; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Aseguradora del Sur C.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre mi información de riesgos crediticios.

FECHA: _____
AÑO MES DÍA

 FIRMA DEL SOLICITANTE
 C.C.:

 FIRMA DEL ASEGURADO
 C.C.:

DECLARACIONES DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	No. DE CREDENCIAL	NOMBRE DEL EJECUTIVO ENCARGADO:	CARGO DEL EJECUTIVO ENCARGADO:

DECLARACIÓN

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la normativa JB-2010-1767 Art. 14; emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por Aseguradora del Sur C.A., la misma que ha sido confirmada y verificada correctamente.

FECHA: _____
AÑO MES DÍA

 FIRMA DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS
 C.C.:

USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

DATOS DEL ASESOR COMERCIAL

NOMBRE DEL ASESOR COMERCIAL (Ejecutivo que verificó la documentación e información)

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR COMERCIAL

Certifico que he verificado personalmente la identidad del cliente o contratante con las lista de información nacionales e internacionales y que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca a su Cliente".

FECHA: _____
AÑO MES DÍA

 FIRMA DEL ASESOR/EJECUTIVO
 C.C.:

 APROBADO POR:
 C.C.:

DOCUMENTACIÓN A SOLICITAR

A.- Personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea igual o inferior a US\$ 50.000,00	B.- Personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea superior a US\$ 50.000,00 e inferior a US\$ 200.000,00, a más de la información referida en el punto anterior, deberá requerirse:	Personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea mayor a US\$ 200.000,00, a más de la información referida en los numerales A y B, deberá requerirse:
<ul style="list-style-type: none"> Copias del documento de identificación. Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable. 	<ul style="list-style-type: none"> Copias del documento de identificación. Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable. Copia del pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> Copias del documento de identificación. Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable. Copia del pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior. Certificados de Referencias Personales y/o Bancarias y/o Comerciales.