

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE CORPORATIVO (Persona Natural)

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Primer Apellido:			d) Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/>		
			Pasaporte <input type="checkbox"/>		
b) Segundo Apellido:			e) Número de Identificación:		
c) Nombre(s):					
f) Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		g) Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			
h) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aa)				i) Estatura(m)	j) Peso(kg)
k) Dirección de Residencia	Calle Principal		Número		Transversal
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País
l) Teléfonos:		Domicilio		Celular	Correo electrónico
m) ¿Se considera una Persona Políticamente Expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			JB-2012-2147 Persona Políticamente Expuesta: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; cónyuge, conviviente o parientes que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad; o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta.		
Si su respuesta es afirmativa por favor llenar la declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente.					
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL					
n) Primer Apellido:			p) Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/>		
			Pasaporte <input type="checkbox"/>		
ñ) Segundo Apellido:			q) Número de Identificación:		
o) Nombre(s):					

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Es usted: Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>					
b) Nombre o Razón Social		c) Actividad Económica principal		d) Años en este empleo o actividad	e) Cargo
f) Dirección Comercial	Calle Principal		Número		Transversal
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País
g) Teléfonos:		Comercial		Fax	Correo electrónico
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATANTE					
i) Total de ingresos mensuales generados por su actividad económica principal :			USD.		
j) Total de egresos mensuales generados por su actividad económica principal :			USD.		
k) En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal indicar:					
Otros ingresos		Total de ingresos mensuales:		USD.	
		Fuente:			
l) Situación Financiera:		Total Activos	Total Pasivos	m) ¿Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		USD.	USD.	País: _____	

3. DATOS DE VINCULACIÓN

a) El Vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:					
Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	Otro (Especifique) _____	

4. REFERENCIAS

a) Referencias Personales			b) Referencias Comerciales			c) Referencias Bancarias/ Tarjeta de Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

5. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

6. DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS: Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACIÓN:

Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

IMPORTANTE

No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la póliza, asegurado(s), o beneficiario(s)

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros y la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

Fecha: (ciudad) (día) (mes) (año)

.....
Firma del Contratante de la Póliza

.....
Firma del Agente

Nombre del Asesor Comercial del Agente

7. REQUISITOS

- | | |
|---|---|
| a) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del contratante. <input type="checkbox"/> | c) Copia del RUC si es independiente. <input type="checkbox"/> |
| b) Copia de un recibo de servicio básico del contratante: agua, luz o teléfono; debe corresponder a uno de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de la presente solicitud. <input type="checkbox"/> | d) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del cónyuge del contratante. <input type="checkbox"/> |
| | e) Copia del pago del Impuesto a la Renta del año anterior (o confirmación del pago generado de la página del SRI) <input type="checkbox"/> |

8. PARA USO INTERNO DE BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Proceso de emisión Proceso de renovación

Nombre del Asesor Comercial de BMI que realizó el proceso:

Revisión de Listas: SI NO

Comentario sobre la revisión de listas:

Nombre del Ejecutivo de BMI que realizó la revisión de listas:

.....
Firma del Asesor Comercial Firma del Ejecutivo D ___/M ___/A ___/___
Fecha

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas.