

FORMULARIO "CONOZCA A SU CLIENTE" (Persona Natural)

Superintendencia de Bancos y Seguros Resolución JB-2013-2454

La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco; coloque N/A de ser el caso.

CIUDAD	FECHA: Año	Mes	Día	14.1.12 Propósito de la relación comercial (ramo que contrata)	NUEVO	
					ACTUALIZACION	
INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y/O ASEGURADO						
14.1.1 Primer y Segundo Apellido:				14.1.1 Nombres:		
14.1.3 Tipo y Número de identificación: C.C.: <input type="checkbox"/> RUC: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> N° _____				14.1.2 Lugar y fecha de nacimiento: _____/_____/_____		
14.1.4 DOMICILIO: País:		Provincia:		Cantón:		Ciudad:
14.1.5 Sector:		Calle Principal:		N°:	Transversal:	
Referencia:				Nacionalidad:		
Teléfono de domicilio:			Celular:		14.1.6 Correo electrónico:	
Estado civil: Soltero: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Unión Libre: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/>						
APLICA SOLO PARA IDENTIFICACIÓN PASAPORTE:						
Número de pasaporte:			Fecha de expedición del pasaporte: _____/_____/_____		Fecha de caducidad: _____/_____/_____	
Estado migratorio o Código de VISA:				Fecha de ingreso al país:		
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE						
14.1.7 Nombres y apellidos completos:				14.1.3 Tipo y Número de identificación: C.C.: <input type="checkbox"/> RUC: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> N° _____		
14.1.9 ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN						
Origen de ingresos: Empleado Público: <input type="checkbox"/> Empleado Privado: <input type="checkbox"/> Independiente: <input type="checkbox"/> Ama de casa/ estudiante: <input type="checkbox"/> Rentista: <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionista: <input type="checkbox"/>						
Remesas del exterior: <input type="checkbox"/>						
14.3.1 Nombre de la empresa o negocio:				Profesión:		
Actividad económica de la empresa o negocio:				Cargo que desempeña:		
14.3.1 Dirección de la empresa o negocio		País:		Provincia:		Cantón:
						Ciudad:
						Sector:
Calle principal:				N°:	Transversal:	
Teléfonos de la empresa o negocio:			Fax:		Correo electrónico:	
NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA (14.1.10)						
TOTAL INGRESOS (mensuales)		USD		TOTAL EGRESOS (mensuales)		USD.
14.1.2 TOTAL ACTIVOS (Ejem. Vehículos, Casas)		USD.		TOTAL PASIVOS (Ejem. Préstamos, hipotecas)		USD.
4.1.11 ¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ingresos diferentes de la actividad económica principal:		Fuente de los otros ingresos:
INFORMACIÓN ADICIONAL QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMAS ASEGURADAS TOTAL SUPERIOR A LOS USD. 200.000 (14.3.2)						
REFERENCIAS PERSONALES				REFERENCIAS COMERCIALES		
Nombres y Apellidos completos:		Teléfono		Nombre de la Casa Comercial		Teléfono
REFERENCIAS BANCARIAS/TARJETA DE CRÉDITO						
Institución Financiera			Tipo		Número	

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO

(Aplica sólo si el solicitante y beneficiario fueran diferentes del asegurado) (14.1.13)

SOLICITANTE: Razón Social o Nombres completos:		Fecha de Constitución/nacimiento: ____/____/____	
Nº de Cédula/ Pasaporte o RUC:	Nacionalidad:	Celular Nº:	
Dirección de domicilio/empresa:	Correo electrónico:	Teléfono domicilio/empresa:	
Relación: Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Suegro <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/> Cuñado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____			
BENEFICIARIO: Razón Social o Nombres completos:		Fecha de Constitución/nacimiento: ____/____/____	
Nº de Cédula/ Pasaporte o RUC:	Nacionalidad:	Celular Nº:	
Dirección de domicilio/empresa:	Correo electrónico:	Teléfono domicilio/empresa:	
Relación: Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Suegro <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/> Cuñado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____			
PAGADOR: Razón Social o Nombres completos:		Fecha de Constitución/nacimiento: ____/____/____	
Nº de Cédula/ Pasaporte o RUC:	Nacionalidad:	Celular Nº:	
Dirección de domicilio/empresa:	Correo electrónico:	Teléfono domicilio/empresa:	
Relación: Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Suegro <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/> Cuñado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____			

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 SEGUROS UNIDOS S.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 LÍCITO DE FONDOS (14.1.14)

El (la) asegurado (a) y/o el (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a SEGUROS UNIDOS S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. 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 SEGUROS UNIDOS 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; así como autorizó expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS UNIDOS S.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 la información de riesgos crediticios.

FIRMA

(La firma debe estar tal y como consta en el documento de identificación) (14.1.15)

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas de seguro.

FIRMA DEL CLIENTE
CC/PASAPORTE:

_____/_____/_____
Lugar día mes año

INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Razón Social/ Nombres completos:	Número de credencial:
Nombre del ejecutivo encargado:	Cargo:
Suma asegurada total: Hasta USD. 50,000 <input type="checkbox"/> Entre los USD. 50,000 y 200.000 <input type="checkbox"/> De USD. 200.000 en adelante <input type="checkbox"/>	

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente" bajo la responsabilidad estipulada en el artículo 17 de la normativa JB- 2013 – 2454.

FIRMA DEL ASESOR/EJECUTIVO

Lugar

_____/_____/_____
día mes año

CC/PASAPORTE: _____

DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO

(La documentación debe ser legible y actualizada)

a) Para sumas aseguradas inferiores a los USD. 50.000 adjuntar:	b) Adicional del literal (a), para sumas aseguradas entre los USD. 50.000 a 200.000 adjuntar (14.2):	Adicional al literal (a) y (b); para sumas aseguradas superiores a USD. 200.000 adjuntar (14.3):
<input type="checkbox"/> Declaración sobre condición de Persona Políticamente Expuesta PEP. <input type="checkbox"/> Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación. <input type="checkbox"/> Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación del cónyuge, de ser aplicable. <input type="checkbox"/> Copia de papeleta de votación actualizada o certificado de empadronamiento. <input type="checkbox"/> Copia de papeleta de votación actualizada o certificado de empadronamiento del cónyuge, de ser aplicable. <input type="checkbox"/> Copia de uno de los recibos de servicio básico (agua, luz, teléfono)	<input type="checkbox"/> Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable; <input type="checkbox"/> Situación financiera: total activos y pasivos.	<input type="checkbox"/> Nombre, dirección, número de teléfono, fax y dirección de correo electrónico de la empresa, oficina o negocio donde trabaja, de ser aplicable; y, <input type="checkbox"/> Referencias personales y/o bancarias y/o comerciales.

USO EXCLUSIVO SEGUROS UNIDOS S.A.

CERTIFICACION DEL EMPLEADO RESPONSABLE QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN

Certifico que he verificado personalmente la identidad del contratante con las listas de información nacional e internacional y que he verificado la documentación solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "conozca a su cliente".

FECHA: ____/____/_____
día mes año

Nombre del Responsable del Departamento

Revisado por Unidad de Cumplimiento

Firma del Responsable del Departamento

C.C.: _____

14.4.19 Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario con las listas de información oficial como:

Registro Civil SRI CONSEP OFAC Otras _____