

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

GENERALES (PERSONA NATURAL)



Escribir a máquina o en letra imprenta

La información aquí descrita será considerada como confidencial

1. Información del solicitante

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres completos		Nacionalidad		Identificación N°	
Tipo de identificación		Cédula Ecuatoriana		Fecha de nacimiento		Estado civil		Género (sexo)	
<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Visa 12IV		Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
País de residencia		Ciudad de residencia		Provincia de residencia		Cantón			
Parroquia		Sector		Correo electrónico personal		Teléfono convencional			
Calle principal		Casa N°		Calle secundaria		Teléfono celular			

Información del cónyuge

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres completos		Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Visa 12IV <input type="checkbox"/>		Núm. Identificación <input type="text"/>	
------------------	--	------------------	--	-------------------	--	---	--	--	--

2. Datos actividad económica / ocupación / negocio del solicitante

Profesión del solicitante		Actividad económica u ocupación del solicitante		Nombre de la empresa donde trabaja				
Cargo en la empresa		Actividad de la empresa		Correo electrónico en la empresa		Teléfono convencional		
Calle principal		Casa N°		Calle secundaria		Teléfono celular		

3. Vínculos con el asegurado (según corresponda al tipo de ramo)

Relacionados	Parentesco con el asegurado	Número de identificación	Apellidos paterno	Apellido materno	Nombres completos
SOLICITANTE:					
BENEFICIARIO:					

En caso existan varios beneficiarios, debe adjuntar una listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres

4. Ingresos del solicitante

Ingresos/Ventas mensuales de actividad declarada		Otros ingresos mensuales:	
Fuente de otros ingresos mensuales (listar las actividades económicas)			
CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA ENTRE US\$50,000.00 y US\$200,000.00			
Total activos: <input type="text"/>		Total pasivos: <input type="text"/>	

5. Documentación que se debe adjuntar

- Copia de documento identificación del solicitante
- Certificado de empadronamiento (refugiados)
- Copia de recibo de servicio básico
- Copia de documento de identificación del cónyuge

CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA MAYOR A US\$200,000.00

6. Referencias del solicitante

Referencias personales			Referencias comerciales			Referencias bancarias/tarjetas de crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución financiera	Tipo de producto

7. Declaración y autorización

Declaración:

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada, comprometiéndome a comunicar oportunamente a Aseguradora del Sur C.A. los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada. Además declaro que la relación con Aseguradora del Sur C.A. tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen legítimo, y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaro que mi cónyuge, mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos S/No desempeñan o han desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc.; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

Autorización:

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Aseguradora del Sur C.A. para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información, cuando sea requerida formalmente, para autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

8. Firmas

CIUDAD:

año mes día

FECHA:

Firma del Solicitante

Num Id:

Asesor Productor de Seguros

Confirmando haber revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante. La documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma del Asesor Productor de Seguros

Nombre:

Num Id.:

Aseguradora del Sur

Confirmando que el formulario está lleno y está adjunta la documentación requerida. Asimismo se adjunta la constancia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior y de la revisión de listas de observados.

Firma del Ejecutivo

Nombre:

Num Id.: