

FORMULARIO " CONOZCA A SU CLIENTE"

ESTE FORMULARIO DA CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN JB-2013-2454,
REGISTRO OFICIAL # 940, LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA

SUMA ASEGURADA:	_____		MONTTO ASEGURADO	Menos de 50.000	<input type="checkbox"/>	Numeral 14.1	
	_____			Entre 50.000 y 200.000	<input type="checkbox"/>	Numeral 14.2	
	_____			Mas de 200.000	<input type="checkbox"/>	Numeral 14.3	
FECHA	DÍA	MES	AÑO	PERSONA RESPONSABLE			_____

1.- DATOS PERSONA NATURAL

(14.1.1) APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		
(14.1.3) C.I.:	R.U.C.:	Pasaporte:		
(14.1.2) Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:			
(14.1.5) Dirección de residencia:	(14.1.4)País:	(14.1.4)Ciudad:		
(14.1.5)Teléfono:	(14.1.6) Email:	Celular:		
(14.1.9) Actividad del Asegurado:	Independiente	Empleado Privado:	Empleado Público	Jubilado
(14.1.9)Cargo que ocupa:				
(14.1.12) Propósito de la relación comercial (Ramo que contrata) :				
Usted es una *Persona Expuesta Políticamente:		SI	NO	Cargo que desempeña:
Tiene algún familiar que sea una Persona Expuesta Políticamente:		SI	NO	
Parentesco:	Cargo que desempeña:			

*Persona Expuesta Políticamente.- Es la persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, que por su perfil pueda exponer en mayor grado a la entidad al riesgo de lavado de activos y financiamiento de delitos, por ejemplo, jefe de Estado o de un gobierno, político de alta jerarquía, funcionario importante de partidos políticos. Las relaciones comerciales con, los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad y los colaboradores cercanos de una persona políticamente expuesta, implica que las instituciones del sistema financiero apliquen procedimientos de debida diligencia ampliados.

2.- DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE (DE SER APLICABLE)

(14.1.7) APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		
(14.1.8) C.I.:	R.U.C.:	PASAPORTE:		

3.- DETALLE DE INGRESOS NETOS DIFERENTES A LOS ORIGINADOS EN LA ACTIVIDAD PRINCIPAL, ESPECIFIQUE LA FUENTE DE INGRESOS (14.1.11)

4.- SITUACIÓN FINANCIERA: TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS

Salario Mensual	_____	Activos \$	_____
Otros ingresos	_____	Pasivos \$	_____
Egresos	_____	A-P= Patrimonio	0
V/Neto ingreso - egreso	0		

5.- VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL SOLICITANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO (14.1.13)

Es usted el solicitante de la póliza?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Es usted el asegurado de la póliza?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Es usted el beneficiario de la póliza?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Vínculos existentes entre el Asegurado y el Solicitante (Si el asegurado es el mismo que el solicitante no aplica)

Nombre Completo y/o Razón Social				Tipo de Identificación:
Dirección de Domicilio				Número de Identificación:
Teléfono domicilio:		Celular:		Relación:

Vínculos entre el Asegurado y el Beneficiario: (si el asegurado es el mismo que el beneficiario no aplica)

Nombre Completo y/o Razón Social				Tipo de Identificación:
Dirección de Domicilio				Número de Identificación:
Teléfono domicilio:		Celular:		Relación:

6.- DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SUMA ASEGURADA HASTA \$50.000

- 14.1.16 Copia del documento de identificación y de ser aplicable el certificado de votación o certificado de empadronamiento (censo) y, de ser aplicable el de su cónyuge o conviviente.
- 14.1.17 Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, en caso de que en alguna localidad no existan dichos servicios, tal particular deberá constar en el expediente.

7.- DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRAL DE RIESGO (14.1.14)

Declaro bajo juramento que:

1.- Los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio, tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. La información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con QBE- Seguros Colonial, no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

De manera irrevocable autorizo a QBE- Seguros Colonial, con la que mantengo una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar y/o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente, o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos.

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, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

_____ FIRMA CLIENTE	_____ FIRMA SOLICITANTE
C.I. /PASAPORTE: _____	C.I. /PASAPORTE: _____

8.- INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o razón social del Asesor Productor de Seguros _____	Ruc o número de identificación: _____
Nombre del Representante Legal: _____	
_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS	

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

9.- INFORMACIÓN ENTREVISTA (14.1.18)	10.- VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (14.1.18)
Lugar de la Entrevista _____	Fecha Verificación _____
Fecha de la entrevista _____	Nombre del Oficial de Cumplimiento _____
Resultado Aceptado Rechazado	Firma _____
Observaciones: _____	

Nombre del Asesor Productor de Seguros _____	
Nombre del Comercial de la Compañía _____	

ESTE FORMULARIO CUMPLE CON LA RESOLUCIÓN JB-2013-2454