

FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES (Persona Natural)

Resolución JB-2012-2147 del 26/04/2012 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 pólizas

Información del Cliente

Tipo de Identificación: C.I. ___ Pasaporte ___ RUC ___ Sexo: M ___ F ___
 Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ U/Libre ___ Viudo ___
 Dirección: Calle principal _____ No. _____
 Transversal _____ Sector _____
 País _____ Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____
 Teléfonos: _____ Fax: _____
 E-mail: _____ Web Site: _____

Vínculo existente entre el cliente y BENEFICIARIO

Tipo de relación: Cónyuge ___ Hijo ___ Padres ___ Otros (especifique): _____
 Tipo de Identificación: C.I. ___ Pasaporte ___ Otro ___ Sexo: M ___ F ___
 Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Dirección del Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Nota: En caso de existir más de un beneficiario, favor especificar nombres completos y vínculo: _____

Datos de Actividad Económica/Ocupación/Negocios

Ocupación ó Actividad Económica: _____ Código actividad económica (SBS): _____
 Nombre de la Empresa: _____
 Cargo que desempeña: _____ Ingreso Anual: _____ PEP: SI ___ NO ___
 Dirección: _____ Actividad de la empresa: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____
 Dirección de cobro: Domicilio _____ Lugar de Trabajo _____

Situación Financiera

Otros ingresos: USD _____ Descripción de los otros ingresos: _____
(Aplica a cúmulos superiores a USD 50.000 e inferiores a USD 200.000)
 Total de Activos: _____ USD Total de Pasivos: USD _____ Total Patrimonio: USD _____

Información adicional del Cónyuge o Conviviente

Tipo de Identificación: C.I. ___ Pasaporte ___ RUC ___ Número de Identificación: _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Profesión o Actividad Económica: _____ Ingreso anual: _____
 Nombre de la Empresa: _____ Teléfonos: _____
 Dirección: _____ E-mail: _____

Referencias (aplica a cúmulos superiores a USD 200.000)

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancos/Tarjetas	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Instituc.Finan.	Tipo

DECLARACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario, así como toda la documentación presentada, es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía, me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.

El asegurado declara expresamente que el seguro aquí convenido ampara bienes de procedencia lícita, no ligados con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad tipificada en la

Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas o en la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos. Igualmente la prima a pagar por este concepto tiene origen lícito y ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente. Eximo a Seguros Sucre S. A. de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

AUTORIZACION

Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el lavado de activos, narcotráfico y financiamiento al terrorismo autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Sucre 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, e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros Sucre S. A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, y revisar los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios de la empresa.

Firma del Cliente

Lugar y Fecha

C. I. _____

CANAL DE VINCULACIÓN DEL CLIENTE

Directo ____ Broker ____ Banco del Pacífico ____ CFN ____ Otros (especifique): _____

DATOS DEL CORREDOR O BROKER

Nombre o Razón Social: _____

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado: _____

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa JB-2012-2147 Art. 14; emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido confirmada y verificada correctamente.

Firma

Lugar y Fecha

C.I. _____

USO EXCLUSIVO DE SEGUROS SUCRE S. A.

Datos de la Relación Comercial

Nueva ____ Renovación ____ Ramos: Vida ____ Generales ____ Fianzas ____

Cúmulo Actual de Suma Asegurada: USD _____

Nueva Suma Asegurada: USD _____

Nombre y firma del Ejecutivo que verifica la documentación e información

Nombre: _____

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y declaro que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Firma

Lugar y Fecha