

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección	domicilio:		Barrio/sector:
	Provincia:	cantón	ciudad:
Teléfonos	domicilio:	Celular:	Fax:
			E-mail:
Mail para recibir Factura Electrónica:	Mail para recibir el Formulario de Retención:	Persona de Contacto (Nombre y Apellido)	
Cónyuge ó conviviente	Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
	Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>

DATOS GENERALES Y VÍNCULOS
VÍNCULO ENTRE EL SOLICITANTE Y ASEGURADO: (Llenar sólo si el Solicitante NO es el Asegurado)
VÍNCULO: FAMILIAR COMERCIAL LABORAL NINGUNA OTROS Especifique: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección de domicilio		Teléfono:	Email:

VÍNCULO ENTRE EL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO: (Llenar sólo si el Solicitante NO es el Beneficiario)
VÍNCULO: FAMILIAR COMERCIAL LABORAL NINGUNA OTROS Especifique: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección de domicilio		Teléfono:	Email:

En caso que existan varios beneficiarios debe adjuntar un listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres
DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN/NEGOCIOS

 Empleado privado Empleado público Negocio propio Jubilado Estudiante Quehaceres domésticos Otro Especifique: _____

Nombre o Razón Social		Lugar de trabajo	Actividad Económica		Cargo que desempeña
Dirección de trabajo	Dirección:		Barrio/Sector:	ciudad:	
	Correo electrónico:		teléfono:	Fax:	País:

INFORMACIÓN FINANCIERA

 Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD
***En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar:**

 *Detalle de ingresos mensuales USD *Fuente de los otros ingresos: _____

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

 Tipo de seguro (Ramo): _____ Nuevo Renovación Total Suma Asegurada USD.
REFERENCIAS (Obligatorio si la suma asegurada acumulada es mayor a US\$ 200.000)

Referencia Personales			Referencias comerciales		Referencias Bancarias	
Nombre y Apellido	Parentesco	teléfono	Tarjeta	Inst. Financiera	Tipo cta. Ahorro /corriente	Inst. Financiera

EMISIÓN DE FACTURA		
Solicitante <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
Datos en caso de escoger opción OTRO	C.I./Ruc No.	Teléfono:
Nombre/ Razón social:	Relación con el Solicitante:	
Dirección:		
INFORMACIÓN ADICIONAL		
*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:		
Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR <input type="checkbox"/> BROKER <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> Especifique _____		
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)		
-Copia de cédula o documento de identidad (copia del pasaporte o equivalente para casos de extranjeros) -Copia de 1 planilla de servicios básicos -Copia de cédula o documento de identidad del cónyuge o conviviente de ser aplicable. -Certificado de ingresos mensuales (aplica para personas expuestas políticamente) -Nombramiento del cargo, con periodo de funciones (aplica para personas expuestas políticamente) -Copia de la Declaración del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior (aplica para personas expuestas políticamente)		
Sólo para suma asegurada acumulada superiores a US\$ 50,000 la 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.		
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 proporciona la información de modo confiable y actualizado. Así mismo conozco y acepto 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, y a proveer la documentación e información que me sea solicitada. Además declaro que el origen y destino de todos mis ingresos así como los bienes amparados en el seguro aquí convenido, así como también la prima a pagar o dinero a recibir por parte de la compañía de Seguros por concepto de indemnizaciones o cancelaciones anticipadas, tienen origen y propósito lícito y no provienen ni serán utilizados en el delito de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo y otros delitos.		
DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente). - Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI___ NO___ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en el último año, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador ;Secretario Nacional o cualquier dignidad elegida por voto popular, etc. O que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional. Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEPS otorgado por la compañía.		
AUTORIZACION Análisis y verificación de datos Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Generali Ecuador compañía de Seguros 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 Generali Ecuador compañía de Seguros S.A toda la información que ésta les requiera y autorizo revisar en los buró de crédito mi información.		
Datos personales y privacidad Con el objetivo de preservar ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambien durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro.		
Eximo a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.		
_____	C.I _____	Lugar y Fecha _____
Firma del Solicitante		
DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BROKER)		
Nombre o Razón social: _____		
Nombre del ejecutivo encargado: _____		
Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa Vigente; emitida por el Organismo de Control y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido revisada correctamente. Además se confirma que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.		
_____	C.I _____	Lugar y Fecha _____
Firma del Responsable		
SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA		
Confirmando que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo.		
Nombre del Ejecutivo encargado: _____		
_____	Lugar y Fecha _____	
Firma del ejecutivo		