

FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES (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 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 Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del 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", 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