

Estimado cliente esta información se solicita con sujeción a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y las disposiciones emitidas por la Superintendencia de Bancos y Seguros, Unidad de Análisis Financiero (UAF) y más normativas aplicables, por lo mismo requerimos llene esta información, puesto que es un requisito indispensable previo a la entrega de las pólizas solicitadas. Le indicamos adicionalmente que la información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, la misma que será utilizada por la compañía para la emisión de las pólizas. Gracias por su colaboración.

A. INFORMACIÓN BÁSICA

1. Nombres:			1.1 Apellidos:		
2. Lugar de Nacimiento:	CIUDAD:			PAIS:	
3. Fecha de Nacimiento:	DIA:		MES:		AÑO:
4. Nacionalidad:			5. Ciudad de residencia actual:		
6. Provincia:					
7. Dirección domiciliaria:					
8. Teléfono convencional del domicilio:	0				
8.1. Celular:	0				
9. Número de Cédula de Identidad o Ciudadanía /Pasaporte:					
10. E-mail:					
11. Estado civil (MARQUE CON UNA X)	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
12. ¿Tiene separación de bienes? (MARQUE CON UNA X)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
13. Nombre completo del conyuge / conviviente:					
13.1. Número de Cédula de Identidad o Ciudadanía /Pasaporte:					
15. Actividad laboral u ocupación del cónyuge / conviviente:					

B. DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

1. Profesión:			2. Nombre de la empresa o negocio:		
3. Ocupación:			4. Actividad de la empresa o negocio:		
5. Cargo:			6. E-mail:		
7. Dirección de la empresa o negocio:					
8. Teléfono oficina:	0	2			
8.1 FAX:	0				

C. PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

1. Total de Ingresos Mensuales:	USD \$		2. Total de Egresos mensuales:	USD \$	
3. Detalle el origen de sus ingresos:	SUELDO MENSUAL				
4. ¿El origen de sus ingresos supone operaciones en el exterior? (MARQUE UNA X):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
4.1 Tipo de operación que realiza en el exterior					

En "Total de activos" describa a cuanto asciende aproximadamente sus bienes o patrimonio. En "Total pasivos" describa a cuanto asciende aproximadamente sus deudas y créditos pendientes adeudados.

5. Total Activos:		5.1 Total Pasivos:	
-------------------	--	--------------------	--

En "Tipo de activos", describa que tipo o clase de bienes posee. En "Tipo de pasivos", describa que tipo o clase de deudas u obligaciones pendientes tiene.

5.2 Tipo de activos:	
----------------------	--

5.3 Tipo de pasivos:

D. REFERENCIAS: (FAVOR LLENE ESTAS REFERENCIAS EN CASO DE QUE LA SUMA ASEGURADA DE SUS PÓLIZAS SEA MAYOR A USD \$ 200.000.00)

REFERENCIA DE UN FAMILIAR O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED:

1. Nombre:

2. Parentesco:

3. Teléfonos:

REFERENCIA BANCARIA / TARJETA DE CRÉDITO:

1. Institución Financiera:

2. N.- de Cuenta:

AHORROS

CORRIENTE

3. Tarjeta de crédito:

4. N.- de Tarjeta:

REFERENCIA COMERCIAL:

1. Entidad:

2. Monto:

USD \$

3. Teléfonos:

E. FAVOR ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A ESTE FORMULARIO

SI

NO

Copia de Cédula de Ciudadanía/Identidad/Pasaporte (extranjeros) y Certificado de Votación del Titular y Cónyuge.

SI

NO

Declaración de Impuesto a la Renta (Adjunte este documento siempre y cuando la suma asegurada de sus pólizas ascienda a más de USD\$ 50.000.00.)

SI

NO

Copia de un recibo de cualquier servicio básico (agua, luz o teléfono).

DECLARACIONES

1.Cuál es la razón o propósito por la que establece una relación comercial con Seguros Constitución C.A.?

2. Si solamente está solicitando la póliza, pero no es el asegurado. Explique que vínculo tiene con el asegurado, afianzado o beneficiario final de la póliza

3. Declaro bajo juramento que (Si ___ o No ___) me encuentro ejerciendo o ejercí funciones públicas en el Ecuador o en el Extranjero en los dos últimos años.

En caso de ser actualmente funcionario o empleado público, señale el cargo e institución:

En caso de que su cónyuge, hijos o padres o un colaborador cercano suyo sea actualmente funcionario o empleado público, señale el cargo o institución donde trabaja:

4. Declaración de origen lícito de recursos y autorización de verificación de información.

Declaro bajo la gravedad del juramento, en forma expresa, inequívoca e irrevocable que los bienes y/o fondos que se entregarán a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS tienen origen lícito, no provienen ni provendrían y no están ni estarán relacionados directa o indirectamente con actos tipificados como delitos o prohibidos por la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y por la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y, en general cualquier actividad considerada como ilícita por la Legislación Ecuatoriana. Mi actividad económica o de la que se percibe los fondos son permitidas por la ley y no son operaciones/transacciones económicas inusuales e injustificadas acorde a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. La información proporcionada en este documento es veraz, completa y fidedigna y, se autoriza expresamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS para que acceda a la información del/os suscrito/s en la Central de Riesgos/de Deudores, Buros de información crediticia y a cualquier fuente de información con fines análogos de mis referencias y en general sobre el cumplimiento de mis/nuestras obligaciones y demás activos, pasivos y datos personales. CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS queda autorizada para utilizar, transferir y entregar la información a autoridades competentes y organismos de control en caso de que fuere requerida, al igual que a realizar la comprobación de estas declaraciones eximiéndola de toda responsabilidad de cualquier naturaleza, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones fuesen falsas y erróneas. En caso de cualquier cambio a la información arriba expuesta, me comprometo a informar de manera inmediata a la aseguradora.

Firma Cliente

C.C. / PAS:

USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Nombre Asesor / Ejecutivo:

Fecha:

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante, y que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a la política "Conozca a su Cliente", incluyendo la constancia de revisión de las listas nacionales e internacionales. Además verifiqué que la firma del cliente corresponda a la de su documento de identificación.

OBSERVACIONES:

Asesor / Ejecutivo