

DIA	MES	AÑO

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

SUMA ASEGURADA IGUAL O INFERIOR A USD50,000			
INFORMACIÓN DEL CLIENTE			
NOMBRES:			
APELLIDOS:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
GENERO:	M	<input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	CC	<input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:		ESTADO CIVIL:	
NACIONALIDAD:			
En caso de ser extranjero con pasaporte			
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	___/___/___		
FECHA DE CADUCIDAD DEL PASAPORTE:	___/___/___		
FECHA DE INGRESO AL PAÍS:	___/___/___		
ESTADO MIGRATORIO:			
9.I Rentista	<input type="checkbox"/>	12-III Cortesía	<input type="checkbox"/>
9. II Inversionista de Bienes Raíces	<input type="checkbox"/>	12-IV Asilo o Refugio	<input type="checkbox"/>
9.III Inversionista Industrial	<input type="checkbox"/>	12-V Estudiante	<input type="checkbox"/>
9.IV Representante, apoderado.	<input type="checkbox"/>	12-VI Trabajo	<input type="checkbox"/>
9.V Profesional	<input type="checkbox"/>	12-VII Misioneros, Religiosos Voluntarios	<input type="checkbox"/>
9.VI Amparo Familiar	<input type="checkbox"/>	12-VIII Intercambio Cultural	<input type="checkbox"/>
12-I Diplomática	<input type="checkbox"/>	12-IX Turismo, Actividad Comercial, Deportes	<input type="checkbox"/>
12-II Oficial	<input type="checkbox"/>	12-X Transeuntes	<input type="checkbox"/>
CIUDAD DE RESIDENCIA:	PAIS DE RESIDENCIA:		
DIRECCIÓN			
TELEFONO:	CELULAR:	E - MAIL:	
DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO			
CONDICION O RELACIÓN LABORAL:		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	
DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	NO DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
PROFESIÓN:			
CARGO QUE OCUPA:			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:		TELEFONO:	
TELEFONO		E-MAIL:	
SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE			
COMERCIAL:	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>
FINANCIERO	<input type="checkbox"/>	SERVICIO	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA:			
ENTIDAD PUBLICA	<input type="checkbox"/>	ENTIDAD PRIVADA	<input type="checkbox"/>
SI UD. TRABAJA EN EL SECTOR PÚBLICO RESPONDA LOS SIGUIENTE:			
- ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICO?	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- ¿SU CARGO ES DE ALTO MANDO, GERENCIAL O CUMPLE FUNCIONES	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONSIDERADAS DESTACADAS EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR?			
PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS			
Total de ingresos Mensuales por actividad declarada:			
Cod.	1	0 a 250 USD	<input type="checkbox"/>



2	251 a 600	<input type="checkbox"/>
3	601 a 1.000	<input type="checkbox"/>
4	1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/>
5	2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/>
6	3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/>
7	4.001 a 5.000	<input type="checkbox"/>
8	>= 5.001	<input type="checkbox"/>

Total de ingresos Mensuales por actividad diferente:

Cod.		
1	0 a 250 USD	<input type="checkbox"/>
2	251 a 600	<input type="checkbox"/>
3	601 a 1.000	<input type="checkbox"/>
4	1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/>
5	2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/>
6	3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/>
7	4.001 a 5.000	<input type="checkbox"/>
8	>= 5.001	<input type="checkbox"/>

Fuente:

INFORMACIÓN DEL CONYUGUE

NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____
 NACIONALIDAD: _____
 CIUDAD DE RESIDENCIA: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ CARGO QUE OCUPA: _____

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

RAMO AL QUE APLICA: _____ NUEVO
 SUMA ASEGURADA : USD. RENOVACIÓN

DATOS DE BENEFICIARIO O AFIANZADO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)

VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL ASEGURADO Y: _____
 NOMBRES: _____
 APELLIDOS: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC PAS OTRO
 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NACIONALIDAD: _____
 CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ PAIS DE RESIDENCIA: _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELEFONO: _____ CELULAR: _____ E - MAIL: _____

En caso de que el beneficiario o afianzado sean diferentes del solicitante, asegurado o cliente, indique la relación existente entre ustedes:

Situación Financiera:

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADJUNTAR

COPIA DE CEDULA
 COPIA DE CERTIFICADO DE VOTACIÓN
 COPIA DE RECIBO DE SERVICIOS BÁSICOS

ADJUNTAR

CONFIMACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTA A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR

SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD200,000.00

REFERENCIAS PERSONALES Y/O BANCARIAS Y/O COMERCIALES

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/ Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Telefono	Institución Financiera	Numero de Tarjeta



DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS: CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS VALORES CANCELADOS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. POR LAS TRANSACCIONES Y OPERACIONES QUE HE EFECTUADO O EFECTUARÉ , POR LA (S) POLIZA (S) ADQUIRIDA(S), SON Y PROVIENEN DE ACTIVIDADES LICITAS Y QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA DETALLADA ES DE ABSOLUTA RESPONSABILIDAD DE QUIÉN SUSCRIBE ESTE DOCUMENTO.

ASÍ MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA Y CONOZCO LA OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE MIS DATOS PERSONALES, ASÍ COMO DE 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 LA INFORMACIÓN QUE SEA SOLICITADA.

AUTORIZACION:

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES DEL ARTÍCULO 3 DE LA LEY PARA REPRIMIR EL LAVADO DE ACTIVOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A., A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI COMO A LAS AUTORIDADES, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE ECUATORIANO SUIZA S.A.

Firma del Cliente

C.C.

____/____/_____
Fecha

0

CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO CON LAS LISTAS DE INFORMACIÓN OFICIAL COMO:

REGISTRO CIVIL SRI CONSEP OFAC OTRAS _____

FIRMA DEL EJECUTIVO/ASESOR DE SEGUROS
NOMBRE

FIRMA DEL VERIFICADOR
FECHA:

DEBIDA DILIGENCIA AMPLIADA
FIRMA DEL GERENTE COMERCIAL