

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES "PERSONAS NATURALES"

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Suma Asegurada: USD _____ Cliente nuevo: Si No Fecha: _____
dd / mm / aa

DATOS PERSONA NATURAL

Nombres Completos: _____ Apellidos Completos: _____

C.I.: C.C.: Pasaporte: Nro.: _____ Nacionalidad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): _____

Estado civil: Soltero/a Unión de Hecho: Casado/a: Divorciado/a: Viudo/a:

Ciudad y país del domicilio: _____ Dirección del domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

Propósito de la relación comercial (Ramo que contrata): _____

DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Independiente: Empleado privado: Empleado público: Jubilado: Estudiante: Otro: _____

Cargo que desempeña _____ Lugar de trabajo: _____

Dirección del lugar de trabajo: _____

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres y apellidos: _____

C.I.: C.C.: Pasaporte: Nro.: _____ Nacionalidad: _____

SITUACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales _____

Activos \$ _____

Otros ingresos _____

Pasivos \$ _____

Egresos _____

A-P= Patrimonio _____

V/Neto ingresos - _____

egresos

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL SOLICITANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO Y PAGADOR

Es usted el asegurado de la póliza? Si No Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Relación: _____

Es usted el beneficiario de la póliza? Si No Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Relación: _____

Es usted el pagador de la póliza? Si No Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Relación: _____

Usted trabaja o trabajó (hasta un año atrás) en alguna institución del sector público

Si No Cargo que desempeñaba: _____

Algún miembro de su familia hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos), o primer grado de afinidad (cónyuge), trabaja en el sector público Si No Parentesco: _____ Cargo que desempeña o desempeñó: _____

Tiene algún familiar que labore en ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.: Si No Cargo que desempeña: _____

Parentesco: _____ Nombres Completos: _____

NOTA: Los canales comerciales con producción para más de un asegurado o beneficiario presentarán, a través de medios electrónicos, por asegurado o beneficiario, la siguiente mínima información: nombres completos, número de identificación, nacionalidad, lugar de residencia y datos de contactabilidad (teléfono y correo electrónico).

Cuando en la póliza de seguro de vida o de accidentes personales con la cobertura de muerte, los asegurados hubiesen designado como beneficiarios a sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, o a su cónyuge o conviviente en unión de hecho, no se requerirá la información de tales beneficiarios. Si fuesen otras personas las designadas como beneficiarios, la documentación referente a estos deberá ser presentada, obligatoriamente.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro bajo juramento que:

1. Los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
2. La información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente por la vía idónea que me sea requerida;
3. Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con Zurich Seguros Ecuador S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

De manera irrevocable autorizo a Zurich Seguros Ecuador S.A., con la que mantengo una relación comercial vigente, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad y será utilizada por la Compañía en cumplimiento de la emisión de las pólizas contratadas.

Firma del cliente

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

1. Copia del documento de identificación y de ser aplicable el certificado de votación o certificado de empadronamiento y, de ser aplicable el de su cónyuge o conviviente.
2. Copia de un recibo de cualquiera de los servicios básicos.
3. 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. (aplicable obligatoriamente solo si la sumatoria de sumas aseguradas supera los USD \$50,000)
4. Referencias personales, bancarias o comerciales. (Aplicable obligatoriamente si la sumatoria de sumas aseguradas supera los USD \$200,000)