



FORMULARIO “ CONOCIMIENTO DE CLIENTE ”(Persona Natural)

Resolución JB-2012-2147 del 26/04/2012 Art. 14 Superintendencia de Bancos y Seguros

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

Apellidos : _____ Nombres: _____
 Tipo de Identificación: C.I. ___ Pasaporte ___ Otro ___ Sexo: M ___ F ___
 Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
 Ciudad _____ País de residencia: _____
 Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ U/Libre ___ Viudo ___
 Dirección domicilio: _____ Sector _____
 Provincia _____ Cantón _____ Parroquia _____
 Teléfono domicilio: _____ Fax: _____
 E-mail: _____ celular: _____

Es usted una Persona Expuesta Públicamente (PEP’S)? SI ___ NO ___

Si usted es una Persona Expuesta Públicamente (PEP’S), favor marque la actividad:

Artística ___ Política ___ Periodística ___ Deportiva ___

Tiene algún vínculo o parentesco con algún PEP’S? SI ___ NO ___

Si usted tiene vínculo o parentesco con alguna Persona Expuesta Públicamente (PEP’S), favor indique: _____

Información adicional del Cónyuge:

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Tipo de Identificación: C.I. ___ Pasaporte ___ Otro ___ Número de Identificación: _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Datos de Actividad Económica/Ocupación/Negocios

Actividad Económica Principal o no económica: _____
 Independiente dependiente
 Nombre de la Empresa: _____
 Cargo que desempeña: _____
 Dirección de la empresa: _____
 Correo Electrónico de la empresa: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Propósito de relación comercial: _____
 Detalle de ingresos de actividad declarada: USD _____
 Detalle de ingresos netos diferentes a los originados en la actividad principal: _____
 Fuente de ingresos diferentes a los originados en la actividad principal: _____

Datos del solicitante: (solo en caso no ser el asegurado)

Vínculo con el Asegurado: FAMILIAR COMERCIAL LABORAL NINGUNA OTROS
 Identificación: C.I. ___ Pasaporte ___ Otro ___ Sexo: M ___ F ___ (Especifique)
 Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Dirección del Domicilio: _____ Teléfono: _____



Datos del Beneficiario: (solo en caso no ser el asegurado)

Vínculo con el Asegurado: FAMILIAR COMERCIAL LABORAL NINGUNA OTROS _____
 Tipo de Identificación: C.I. __ Pasaporte __ Otro __ Sexo: M __ F __ (Especifique)
 Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Dirección del Domicilio: _____ Teléfono: _____

Situación Financiera

Total de Activos: _____
 Total de Pasivos: _____
 Patrimonio: _____

Referencias

Referencias Personales:

1) NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TELÉFONO CONTACTO
2) NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TELÉFONO CONTACTO

Bancarias:

NOMBRE INSTITUCION FINANCIERA	NO. DE CUENTA	AHORRO/CORRIENTE
NOMBRE INSTITUCION FINANCIERA	NO. DE CUENTA	AHORRO/CORRIENTE

Tarjetas de Crédito:

NOMBRE DE LA TARJETA	NO. DE TARJETA	BANCO	NACIONAL/INTERNACIONAL
NOMBRE DE LA TARJETA	NO. DE TARJETA	BANCO	NACIONAL/INTERNACIONAL

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS:

Declaro que:

- La información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado.
- 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. Durante la vigencia de la relación con Generali Ecuador compañía de Seguros S.A, me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.
- Que el origen y destino de todos mis ingresos así como los bienes amparados en el seguro aquí convenido, son de carácter lícito, no ligados con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad tipificada en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas o en la Ley de prevención, detección y erradicación del delito de lavado de activos y del financiamiento de delitos. Igualmente la prima a pagar o dinero



GENERALI ECUADOR
Compañía de Seguros S.A.

a recibir por parte de la compañía de Seguros por concepto de indemnizaciones o cancelaciones anticipadas tienen origen lícito y ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

AUTORIZACION

Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el lavado de activos, narcotráfico y financiamiento de delitos 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.

Eximo a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

Firma del cliente

Lugar y Fecha

C. I. _____

Datos del corredor o Broker (En caso de que sea por intermedio de un prestador de servicios de seguros)

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" de la Normativa JB-2012-2147; emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido confirmada y verificada correctamente.

Firma del Responsable

Lugar y Fecha

C.I. _____

OBLIGACIÓN:

Los prestadores de servicios de seguros están obligados a proveer la información referida en este documento. Su renuencia a hacerlo será reportada a la Unidad de Análisis Financiero como una inusualidad.

Es Responsabilidad de los asesores Productores de Seguros recopilar la información y documentación de clientes de acuerdo al art. 17 de la Resolución JB-2012-2147

Documentos requeridos:

- Copia de cédula o documento de identidad (pasaporte o equivalente)
- Copia de certificado de votación de ser aplicable .
- Copia de 1 planilla de servicios básicos
- Copia de cédula o documento de identidad del cónyuge o conviviente de ser aplicable.
- 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. **(aplica a sumas aseguradas superiores a USD 50.000)**