



## FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONAS NATURALES

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Liberty Seguros S.A.

### (1).- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____		Nacionalidad:
<b>Dirección Residencia</b>	Calle Principal No. Transversal		
	Barrio/Sector:	Ciudad:	País
<b>Teléfonos:</b>	Domicilio:	Celular:	Correo electrónico:
<b>Nombres completos Cónyuge o conviviente:</b>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
			No. ID.

### (2).- VINCULOS DEL CONTRATANTE (Según corresponda al tipo de ramo)

Relacionados	Parentesco / Relación (Tabla 14 SBS)	No. ID	Apellidos	Nombres Completos
Asegurado <input type="checkbox"/>	Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/>			
Afianzado <input type="checkbox"/>	Hermano(a) <input type="checkbox"/> Suegro(a) <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/>			
Beneficiario <input type="checkbox"/>	Cuñado(a) <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			

**En caso que existan varios beneficiarios, debe adjuntar un listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres**

### (3).- DATOS ACTIVIDAD ECONOMICA / OCUPACION / NEGOCIO

Empleado Privado <input type="checkbox"/>	Empleado Público <input type="checkbox"/>	Negocio Propio <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>
Nombre o Razón Social lugar de trabajo		Actividad Económica		Cargo	
<b>Dirección lugar de trabajo</b>	Calle Principal No. Transversal		Teléfonos		
	Barrio/Sector:	Ciudad:	País	Correo electrónico:	

### (4).- INFORMACION FINANCIERA

Actividad principal: Total Ingresos mensuales: <input style="width: 100px;" type="text"/> USD\$	<b>Situación Financiera:</b>				
En caso de tener ingresos diferentes a los de la actividad económica principal, indicar:					
<b>Otros ingresos</b> Total Ingresos mensuales: <input style="width: 100px;" type="text"/> USD\$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Total Activos</th> <th style="width: 50%;">Total Pasivos</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Total Activos	Total Pasivos		
Total Activos	Total Pasivos				
Fuente: _____					

### (5).- DATOS DE LA RELACION COMERCIAL

<b>Ramo:</b>	Vida Grupo <input type="checkbox"/>	Acc. Personales <input type="checkbox"/>	Vehículos <input type="checkbox"/>	Generales <input type="checkbox"/>	Fianzas <input type="checkbox"/>
Nuevo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	Total Suma Asegurada: <input style="width: 100px;" type="text"/> USD \$			

### (6).- REFERENCIAS (obligatorio si la suma asegurada acumulada es mayor a US\$ 200.000)

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/ Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

### (7).- EMISION DE FACTURA

<b>Contratante:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Otro:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Si la factura es a nombre de "Otro" llenar:</b>	
Nombre / Razón Social:	
C.I./RUC No.	Relación con Contratante:
Dirección: Calle principal	Transversal:

### (8).- INFORMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTROS

Institución Financiera: _____	Tipo de Cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Titular de la Cuenta: _____	Número Cuenta <input style="width: 150px;" type="text"/>
No. ID: _____	

*\*El Titular de la cuenta de pago será el Contratante y/o Beneficiario declarado en la póliza.*

(9).- DECLARACION

**Declaración:**

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiendome a comunicar oportunamente a LIBERTY SEGUROS S.A., los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; Además declaro que la relación con LIBERTY SEGUROS S.A., tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

**Declaración de PEP** (Persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior)

Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo: Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc.: o que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional.

**Autorización**

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a LIBERTY SEGUROS S.A., para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información, cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

C.I. No.

(10).- DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o Razón Social:

No Credencial:

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado

Confirmando haber revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y la documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

\_\_\_\_\_  
Firma Corredor

(11).- USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Confirmando que el formulario de vinculación está correctamente diligenciado y se adjunta la documentación requerida en el mismo para la vinculación de clientes.

Revisión de listas: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

(12).- DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

Copia del Documento de Identificación del contratante

Copia del Documento de Identificación del cónyuge o conviviente legal del contratante

Copia de un recibo de servicio básico, de los últimos tres meses, agua, luz o teléfono

Confirmación del pago del Imp. a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI en su página web de acceso público.

*Cuando la suma asegurada acumulada sea mayor a US\$ 50.000*

NOMBRE Y FIRMA ASESOR COMERCIAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_