

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



PERSONA NATURAL (ANEXO 001B)
 (suma asegurada superior a US\$ 50.000 e inferior a US\$ 200,000)

FECHA:
 OFICINA:

No. FORMULARIO:

1. DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:	
CÉDULA #	TIPO DE VISA	GENERO	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:
PASAPORTE #		O M O F			
VISA #					
FECHA EXPEDICION PASAPORTE		FECHA DE INGRESO AL PAIS			
FECHA CADUCIDAD PASAPORTE		ESTADO MIGRATORIO (De ser aplicable, subráyelo):			
RENTISTA; INVERSIONISTA DE BIENES RAICES O PAPELES FIDUCIARIOS; INVERSIONISTA INDUSTRIAL; REPRESENTANTE, APODERADO, RELIGIOSO O CORRESPONSAL; PROFESIONAL; AMPARO FAMILIAR; DIPLOMÁTICA; OFICIAL; CORTESIA (COOPERAC. TÉCNICA; ASILO O REFUGIO; ESTUDIANTE; TRABAJO; MISIONEROS, RELIGIOSO, VOLUNTARIO; INTERCAMBIO CULTURAL; TURISMO, ACTIVIDAD COMERCIAL, DEPORTES, SALUD, OTROS;					
TRANSEÚNTE					
NACIONALIDAD:	PAIS DE RESIDENCIA	ACTIVIDAD ECONOMICA		PROFESION:	
DIRECCION DE RESIDENCIA:					
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL Y NUMERO	TRANSVERSAL	TELEFONO
LUGAR DE TRABAJO					
NOMBRE DE EMPRESA DONDE TRABAJA		AREA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CELULAR	FAX	
DATOS PERSONALES DEL CONYUGE O CONVIVIENTE					
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:	
CÉDULA #	TIPO DE VISA	LUGAR DE TRABAJO		TELEFONO OFICINA	
PASAPORTE #					
VISA #					
CLASE DE VINCULACION					
<input type="radio"/> CONTRATANTE <input type="radio"/> ASEGURADO <input type="radio"/> BENEFICIARIO <input type="radio"/> INTERMEDIARIO <input type="radio"/> AFIANZADO <input type="radio"/> OTRA CUAL:					
INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE:					
(NO APLICA SI EL CONTRATANTE ES EL MISMO QUE EL ASEGURADO, O EL BENEFICIARIO ES EL MISMO QUE EL ASEGURADO)					
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	OTRA (CUAL)	
CONTRANTE - ASEGURADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Para el vínculo familiar, señale el parentesco:					
PADRE/MADRE	HIJO(A)	ABUELO(A)	NIETO(A)	HERMANO(A)	SUEGRO(A)
YERNO	NUERA	CUÑADO(A)	CÓNYUGE	OTROS _____	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA:					
APELLIDOS Y NOMBRES: _____					
<input type="radio"/> CEDULA					
<input type="radio"/> PASAPORTE No. de documento de identificación: _____ Dirección Domiciliaria: _____					
PROPOSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL					
<input type="radio"/> SEG. GENERALES <input type="radio"/> SEG. DE FIANZAS SEGUROS (S) AL QUE APLICA: _____					
2. INDIQUE, DE SER EL CASO, SU RELACIÓN EXISTENTE CON PERSONAS CONOCIDAS PUBLICAMENTE EN CUALQUIER ÁMBITO					
NOMBRE DE LA PERSONA PUBLICA		OCUPACION DE PERSONA PUBLICA		SU RELACIÓN CON LA PERSONA	
_____		_____		_____	
3. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES _____			OTROS INGRESOS MENSUALES _____		
EGRESOS MENSUALES _____			TOTAL PASIVOS _____		
PATRIMONIO _____					
FUENTE DE INGRESOS _____			CONCEPTO OTROS INGRESOS _____		
4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:					
COMPañIA	FECHA	RAMO	VALOR		
_____	_____	_____	\$ _____		
_____	_____	_____	\$ _____		
5. DECLARACION SOBRE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS					
Declaro expresamente que:					
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales, los recursos que poseo provienen de actividades que no se encuentran dentro de las contempladas en el Código Penal Ecuatoriano como ilícitas.					
2. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla anualmente.					

3. De manera irrevocable autorizo a Alianza Cía. De Seguros y Reaseguros S.A. y a los intermediarios de seguros, con los que mantengo una relación comercial vigente, a verificar por los medios que estime pertinente, los datos aquí proporcionados. Autorizo asimismo, entregar la información cuando se la requiera formalmente, a autoridades competentes, organismos de control y otras instituciones o personas jurídicas legalmente facultadas.

4. Los recursos que se derivan de este contrato no serán destinados a la financiación de actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Fotocopia del documento de identificación: cédula de ciudadanía, certificado empadronamiento (refugiados), pasaporte vigente.
Fotocopia del documento de identificación de la cónyuge o conviviente
Fotocopia del certificado de votación o certificado de empadronamiento (censo).
Fotocopia de las facturas de cualquiera de los servicios básicos.
Fotocopia del Formulario de pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior.

7. RAZONES PARA SUMINISTRAR LA INFORMACION DEL PRESENTE FORMULARIO

Tengo conocimiento que la información exigida para el asegurado, afianzado y/o beneficiario debe recaudarse al inicio de la relación comercial y/o en la presentación de la reclamación y que en los eventos donde no sea suministrada la operación será calificada como inusual y reportada a la UAF.

8. FIRMA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FECHA

FIRMA

INFORMACION DE VERIFICACION DE LA COMPANIA

9. DATOS DEL CORREDOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL:		NUMERO DE CREDENCIAL
CARGO DEL EJECUTIVO ENCARGADO	NOMBRE 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 Art. 14; 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

FECHA:

10. INFORMACION ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA		FECHA
RESULTADO <input type="radio"/> ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO	OBSERVACIONES	
NOMBRE INTERMEDIARIO O FUNCIONARIO RESPONSABLE		FIRMA INTERMEDIARIO O FUNCIONARIO

11. VERIFICACION DE LA INFORMACION

FECHA DE VERIFICACION	HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA
OBSERVACIONES		
FIRMA		

NOTA: EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN TODOS SUS CAMPOS ADJUNTANDO LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE