

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	F
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:		CC	PAS OTRO
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:		ESTADO CIVIL:	
NACIONALIDAD:			
<i>En caso de ser extranjero con pasaporte</i>			
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:		___/___/___	
FECHA DE CADUCIDAD DEL PASAPORTE:		___/___/___	
FECHA DE INGRESO AL PAÍS:		___/___/___	
ESTADO MIGRATORIO:			
9.I Rentista		12-III Cortesía	
9. II Inversionista de Bienes Raíces		12-IV Asilo o Refugio	
9.III Inversionista Industrial		12-V Estudiante	
9.IV Representante, apoderado.		12-VI Trabajo	
9.V Profesional		12-VII Misioneros, Religiosos Voluntarios	
9.VI Amparo Familiar		12-VIII Intercambio Cultural	
12-I Diplomática		12-IX Turismo, Actividad Comercial, Deportes	
12-II Oficial		12-X Transeuntes	
CIUDAD DE RESIDENCIA:		PAIS DE RESIDENCIA:	
DIRECCIÓN			
TELEFONO:		CELULAR:	E - MAIL:
E-MAIL PARA RECIBIR COMPROBANTES ELECTRONICOS:			
DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA /OCUPACIÓN / NEGOCIO			
CONDICION O RELACIÓN LABORAL:		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	
DEPENDIENTE	NO DEPENDIENTE		
PROFESIÓN:			
CARGO QUE OCUPA:			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:		TELEFONO:	
TELEFONO		E-MAIL:	
SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE			
COMERCIAL:	INDUSTRIAL	FINANCIERO	SERVICIO
ACTIVIDAD ECONÓMICA:			
ENTIDAD PUBLICA		ENTIDAD PRIVADA	
SI UD. TRABAJA EN EL SECTOR PÚBLICO RESPONDA LOS SIGUIENTE:			
- ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICO?		SI	NO
- ¿SU CARGO ES DE ALTO MANDO, GERENCIAL O CUMPLE FUNCIONES CONSIDERADAS DESTACADAS EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR?		SI	NO
PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS			
Total de ingresos Mensuales por actividad declarada:			
	Cod.	0 a 250	
	1	USD	
		251 a	
	2	600	
		601 a	
	3	1.000	
		1.001 a	
	4	2.000	
		2.001 a	
	5	3.000	
		3.001 a	
	6	4.000	
		4.001 a	
	7	5.000	
	8	>= 5.001	
Total de ingresos Mensuales por actividad diferente:			
	Cod.	0 a 250	
	1	USD	
		251 a	
	2	600	
		601 a	
	3	1.000	
		1.001 a	
	4	2.000	
		2.001 a	
	5	3.000	

3.001 a
6 4.000
 4.001 a
7 5.000
8 >= 5.001

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

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

ADJUNTAR

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

SUMA ASEGURADA SUPERIOR A USD50,000.00 E INFERIOR A US\$200,000.00

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

USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

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 DE DILIGENCIA AMPLIADA
FECHA: _____ FIRMA DEL GERENTE COMERCIAL