

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA NATURAL (ANEXO 001C)
(suma asegurada superior a US\$ 200,000)



FECHA:
 OFICINA:

No. FORMULARIO:

1. DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL										
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:						
CÉDULA # PASAPORTE # VISA #	TIPO DE VISA	GENERO O M O F	FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:					
FECHA EXPEDICION PASAPORTE		FECHA DE INGRESO AL PAIS								
FECHA CADUCIDAD PASAPORTE		ESTADO MIGRATORIO (De ser aplicable, subrávelo):								
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 # PASAPORTE # VISA #	TIPO DE VISA	LUGAR DE TRABAJO		TELEFONO OFICINA						
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 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		OCUPACIÓN DE PERSONA PUBLICA		SU RELACIÓN CON LA PERSONA						
3. INFORMACION FINANCIERA										
INGRESOS MENSUALES _____			OTROS INGRESOS MENSUALES _____							
EGRESOS MENSUALES _____			TOTAL ACTIVOS _____							
PATRIMONIO _____			TOTAL PASIVOS _____							
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 ULTIMOS DOS AÑOS:										
COMPAÑIA		FECHA	RAMO	VALOR						
				\$						
				\$						
				\$						
5. REFERENCIAS PERSONALES										
APELLIDOS Y NOMBRES		No. DE TELEFONO	PARENTESCO	DIRECCION DOMICILIARIA						

6. REFERENCIAS BANCARIAS Incluir información de cuentas corrientes, ahorros, inversiones, tarjeta de crédito y préstamos

INSTITUCION FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO	SALDO PROMEDIO	CUPO	FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO

7. REFERENCIAS COMERCIALES

NOMBRE COMERCIAL	No. DE TELEFON	COMPRAS PROMEDIO	EJECUTIVO DE CUENTA	DIRECCION

5. DECLARACION SOBRE ORIGEN Y DESTINO LICITO 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 Cia. De Seguros y Reaseguros S.A. y a los intermediarios de seguros, con ls 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 INFORMACION 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