

**PERSONA NATURAL**

Estimado Cliente, de acuerdo a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos y demás normativas aplicables, le solicitamos llenar el presente formulario en todos sus campos, como requisito indispensable para la emisión de su Póliza de Seguro.

A. INFORMACION BÁSICA

Nombre completo: (Apellidos y Nombres)	Identificación:	C.C:	Psprt:
_____	_____	_____	_____
_____	No.:	_____	_____
Lugar y Fecha de Nacimiento:	FECHA	_____	_____
PAIS: _____ CIUDAD: _____	(dd/mm/aaaa)	Nacionalidad:	_____
Lugar de Residencia _____	Dirección Domicilio:	_____	_____
CIUDAD: _____ PROVINCIA: _____	_____	_____	_____
Datos de contacto _____	_____	_____	_____
TELEF. DOMICILIO: _____	CELULAR: _____	E-MAIL: _____	_____
ESTADO CIVIL: _____	_____	_____	_____
Datos del conyuge: _____	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C: _____ Psprt: _____ No.: _____	Tiene separación de bienes?	SI _____ NO _____
NOMBRE COMPLETO _____	ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONYUGE: _____	_____	_____

B. INFORMACION DE ACTIVIDAD / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Actividad económica del Cliente _____	Profesión _____
Nombre de la Empresa para la que trabaja / Negocio Propio _____	Cargo _____
Ubicación de la empresa en la que trabaja / Negocio Propio _____	_____
PAIS _____ CIUDAD _____ DIRECCIÓN _____	_____
Datos de contacto _____	_____
TELEF.1: _____ EXT: _____ TELF./FAX _____	E-MAIL: _____

C. INFORMACION ECONÓMICA / FINANCIERA

Ingresos Mensuales (\$) Egresos Mensuales (\$) Activos totales (\$) Pasivos totales / Deudas (\$) PATRIMONIO (\$) (Act - Pas)

Describe el tipo de Activos/Bienes que posee: _____	Describe el tipo de Pasivos/Créditos que tiene: _____
Describe el origen de sus ingresos: _____	Sus ingresos responden a operaciones en el exterior: SI _____ NO _____
_____	Que tipo de operaciones realiza en el exterior? _____

D. REFERENCIAS (Solo debe llenarse si la suma asegurada de sus Pólizas es mayor a USD 200.000,00)

REFERENCIAS PERSONALES: FAMILIAR O CONOCIDO QUE NO VIVA CON USTED				
Nombre: _____	Parentesco / Relación _____	Telefonos: _____		
REFERENCIA BANCARIA				
Tipo de Cuenta: _____	Cta. Ahorros _____	Cta Corriente: _____	Trj. de Crédito: _____	Cert.de Depósito: _____
Institución Financiera _____	No. _____		_____	
REFERENCIA COMERCIAL				
Entidad: _____	Monto (\$): _____		Tif. _____	

E. FAVOR ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A ESTE FORMULARIO

- Copia de Cédula de Ciudadanía / Pasaporte (Extranjeros) y Certificado de Votación: TITULAR Y CONYUGE
- Copia de un recibo de Servicio Básico (Agua, Luz o Teléfono)
- Declaración de Impuesto a la Renta (Solo cuando la suma asegurada sea igual o mayor a USD 50.000,00)

F. DECLARACIONES

1.- Cual es la razón o propósito por la que establece una relación comercial con Seguros Constitución?

2.- Si usted es el Solicitante de la póliza pero no es el Asegurado, explique el vínculo que tiene con el Asegurado, Afianzado o Beneficiario de la póliza:

3. Declaro bajo juramento que (Si NO)me encuentro ejerciendo o ejercí funciones públicas en el Ecuador o en el Extranjero en los 2 últimos años

En caso de ser actualmente funcionario público, señale el cargo e institución:

En caso de que su cónyuge, hijos, padres o un Colaborador sea actualmente funcionario público, señale el cargo e institución donde trabaja:

4. Declaración de origen lícito de recursos y autorización de verificación de información

Declaro que los bienes y/o fondos que se entregarán a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS tienen origen lícito, no provienen ni provendrán y no están ni estarán relacionados directa o indirectamente con actos tipificados como delitos o prohibidos por la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y por la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y, en general cualquier actividad considerada como ilícita por la Legislación Ecuatoriana. Nuestra actividad económica o de la que se percibe los fondos son permitidas por la ley y no son operaciones/transacciones económicas inusuales e injustificadas acorde a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. La información proporcionada en este documento es veraz, completa y fidedigna y, se autoriza expresamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS para que acceda a la información del/os sucritor/s en la Central de Riesgos/de deudores, Buros de información crediticia y a cualquier fuente de información con fines análogos de mis referencias y en general sobre el cumplimiento de mis/nuestras obligaciones y demás activos, pasivos y datos personales. CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS queda autorizada para utilizar, transferir y entregar la información a autoridades competentes y organismos de control en caso de que fuere requerida, al igual que a realizar la comprobación de estas declaraciones eximiéndola de toda responsabilidad de cualquier naturaleza, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones fuesen falsas y erróneas. En caso de cualquier cambio a la información arriba expuesta, nos comprometemos a informar de manera inmediata a la aseguradora.

5.- Aceptación de Comprobantes Electrónicos

Queda convenido mediante mi firma en este formulario, que acepto y doy mi consentimiento para que CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS envíe los comprobantes electrónicos emitidos a mi nombre, a la dirección de correo electrónico proporcionada por mi persona en este documento o en los medios dispuestos para ello.

Firma Cliente
C.C / PAS:

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
RECIBIDO POR:	REVISADO POR:*	VALIDADO POR:**	REGISTRADO POR:	ENVIADO AL ARCHIVO POR:
	(Debida diligencia)	(Validación de Riesgo)	(Emisión)	
Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma

Observaciones:

**He revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el Cliente o Contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente", incluyendo que la firma del Cliente corresponda a la de su documento de identificación.*

***He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente" y verificado el riesgo del Cliente o Contratante*