

**FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)**

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

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <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"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
<b>Dirección</b>	domicilio:	Barrio/sector:	ciudad:
	Provincia:	cantón	País:
<b>Teléfonos</b>	domicilio:	Celular:	E-mail:
	Fax:		
Mail para recibir Factura Electrónica:	Mail para recibir el Formulario de Retención:	Persona de Contacto (Nombre y Apellido)	
<b>Cónyuge ó conviviente</b>	Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
	Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>

**DATOS GENERALES Y VÍNCULOS**
**VÍNCULO ENTRE EL SOLICITANTE Y ASEGURADO: (Llenar sólo si el Solicitante NO es el Asegurado)**
**VÍNCULO:** FAMILIAR  COMERCIAL  LABORAL  NINGUNA  OTROS  Especifique: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <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"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección de domicilio		Teléfono:	Email:

**VÍNCULO ENTRE EL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO: (Llenar sólo si el Solicitante NO es el Beneficiario)**
**VÍNCULO:** FAMILIAR  COMERCIAL  LABORAL  NINGUNA  OTROS  Especifique: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <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"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección de domicilio		Teléfono:	Email:

**En caso que existan varios beneficiarios debe adjuntar un listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres**
**DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN/NEGOCIOS**

 Empleado privado  Empleado público  Negocio propio  Jubilado  Estudiante  Quehaceres domésticos  Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social	Lugar de trabajo	Actividad Económica	Cargo que desempeña
<b>Dirección de trabajo</b>	Dirección:	Barrio/Sector:	ciudad:
	Correo electrónico:	teléfono:	País:
Fax:			

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

 Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD 
**\*En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar:**

 \*Detalle de ingresos mensuales USD  \*Fuente de los otros ingresos: \_\_\_\_\_

<b>Situación Financiera</b>	<b>Total de Activos:</b>	<b>Total de Pasivos:</b>	<b>Patrimonio:</b>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------

**DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL**

 Tipo de seguro (Ramo): \_\_\_\_\_ Nuevo  Renovación  Total Suma Asegurada USD. 
**REFERENCIAS (Obligatorio si la suma asegurada acumulada es mayor a US\$ 200.000)**

Referencia Personales			Referencias comerciales		Referencias Bancarias	
Nombre y Apellido	Parentesco	teléfono	Tarjeta	Inst. Financiera	Tipo cta. Ahorro /corriente	Inst. Financiera

EMISIÓN DE FACTURA		
Solicitante <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
<b>Datos en caso de escoger opción OTRO</b>	C.I./Ruc No.	Teléfono:
Nombre/ Razón social:	Relación con el Solicitante:	
Dirección:		
INFORMACIÓN ADICIONAL		
<b>*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:</b>		
Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR <input type="checkbox"/> BROKER <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> Especifique _____		
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)		
-Copia de cédula o documento de identidad (copia del pasaporte o equivalente para casos de extranjeros) -Copia de 1 planilla de servicios básicos -Copia de cédula o documento de identidad del cónyuge o conviviente de ser aplicable. -Certificado de ingresos mensuales ( <b>aplica para personas expuestas políticamente</b> ) -Nombramiento del cargo, con periodo de funciones ( <b>aplica para personas expuestas políticamente</b> ) -Copia de la Declaración del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior ( <b>aplica para personas expuestas políticamente</b> )		
<b>Sólo para suma asegurada acumulada superiores a US\$ 50,000</b> la confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página WEB, de ser aplicable.		
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 proporciona la información de modo confiable y actualizado. Así mismo conozco y acepto que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado, y a proveer la documentación e información que me sea solicitada. Además declaro que el origen y destino de todos mis ingresos así como los bienes amparados en el seguro aquí convenido, así como también la prima a pagar o dinero a recibir por parte de la compañía de Seguros por concepto de indemnizaciones o cancelaciones anticipadas, tienen origen y propósito lícito y no provienen ni serán utilizados en el delito de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo y otros delitos.		
<b>DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente).</b> - Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI___ NO___ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en el último año, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador ;Secretario Nacional o cualquier dignidad elegida por voto popular, etc. O que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional. <b>Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEPS otorgado por la compañía.</b>		
<b>AUTORIZACION</b> <b>Análisis y verificación de datos</b> Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Generali Ecuador compañía de Seguros S. A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A toda la información que ésta les requiera y autorizo revisar en los buró de crédito mi información.		
<b>Datos personales y privacidad</b> Con el objetivo de preservar ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambien durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro.		
Eximo a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.		
_____	C.I _____	Lugar y Fecha _____
Firma del Solicitante		
DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BROKER)		
Nombre o Razón social: _____		
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 Vigente; emitida por el Organismo de Control y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido revisada correctamente. Además se confirma que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.		
_____	C.I _____	Lugar y Fecha _____
Firma del Responsable		
SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA		
Confirmo que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo.		
Nombre del Ejecutivo encargado: _____		
_____	Lugar y Fecha _____	
Firma del ejecutivo		