



**GENERALI ECUADOR
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**ACTUALIZACION DE DATOS DEL ASEGURADO PARA RENOVACION DE
POLIZA DE SEGURO**

Nombre Completo Asegurado:

Número de Cédula / Ruc:

Dirección:

Telefonos/ Celular:

Correo:

En caso que el pagador sea distinto al asegurado por favor actualizar la información y adjuntar copia de cédula.

Nombre Completo Pagador:

Número de Cédula / Ruc:

Dirección:

Telefonos/ Celular:

Correo:

DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

Yo, _____(Nombres y Apellidos completos) con documento de identificación No. _____(C.I,RUC ,pasaporte) informo que he leído la Lista Mínima de Cargos Públicos a ser Considerados "Personas Expuestas Políticamente (PEP's) y declaro bajo juramento que ____ (si o no) me encuentro ejerciendo uno de los cargos, o tengo una relación de las incluidas en el mencionado documento.

En el caso que la respuesta sea positiva, indicar: Cargo / Función / Jerarquía o relación con la Persona Expuesta Políticamente

Adicionalmente, declaro que mantengo relación tipo :

Comerciales contractuales laborales otros Especifique: _____

Con _____ (favor detallar el nombres y apellidos de la persona natural o jurídica).

Además, asumo el compromiso de informar cualquier cambio relacionado con la información indicada en el presente documentos en un máximo de treinta (30) días.

Lugar y fecha: _____

Firma

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	
Certifico que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros documentos y fue registrada en mi presencia.	
Nombre del ejecutivo encargado: _____	_____
	Firma del ejecutivo encargado
El presente documentos deberá incorporarse al expediente del cliente, socio requiriente, sonante o aportante, según sea el caso.	

Nota: La presente declaración no constituye una autoincriminación de ninguna clase, ni conlleva ninguna clase de responsabilidad administrativa, civil o penal.

_____/_____/_____
Ciudad mes año

Señores
Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A
Dpto. Emisión y Renovaciones
Ciudad.-

CARTA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS – RENOVACIONES (PERSONA NATURAL)

Por medio de la presente certifico que la información proporcionada en el Formulario de Prevención de Lavado de Activos entregado con anterioridad a la compañía, se mantiene sin variación hasta la actualidad. En lo referente a la documentación que debe acompañar dicho formulario, me comprometo a proporcionar a la compañía aquella que me faltare o que haya variado actualmente.

Al mismo tiempo me comprometo a comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía en el momento que exista algún cambio en mi información.

Dejo constancia que mi información Financiera actual es la siguiente:

Nombre de la Persona Natural (asegurado): _____

E-Mail de la Persona Natural (asegurado): _____

INFORMACIÓN FINANCIERA			
Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD <input type="text"/>			
*En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar: *Detalle de ingresos mensuales USD <input type="text"/> *Fuente de los otros ingresos: _____			
Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
Mail para recibir Factura Electrónica:	Mail para recibir el Formulario de Retención:	Persona de Contacto (Nombre y Apellido)	

AUTORIZACIÓN
Datos personales y privacidad Con el objeto 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.

Atentamente,

Firma del Asegurado
C.I

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	