

FORMULARIO CONOZCA SU CLIENTE (PERSONA NATURAL)



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

Favor completar con letra imprenta

CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA HASTA \$50.000,00

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellidos: _____ Tipo de documentación: C.I. Pasapte. Otro. Nacionalidad: _____
 Nombre(s): _____ Número de Identificación: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 Lugar de Nacimiento: _____ Ciudad: _____ *Cliente PEP: Si: No:
 País de residencia: _____ Estado Civil: Soltero: Casado: U/Libre: Divorciado: Viudo:
 Domicilio: Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____
 Calle principal: _____ N° _____ Transversal: _____ Sector: _____
 Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

*Cliente PEP: Personas Políticamente Expuestas.- Persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en exterior

INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Apellidos: _____ Tipo de documentación: C.I. Pasapte. Otro.
 Nombre(s): _____ Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____

DATOS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Actividad Económica: _____ Nombre de la empresa: _____
 Ocupación: _____ Actividad de la empresa: _____
 Dirección de la empresa: _____ Cargo: _____
 Dirección electrónica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

VÍNCULOS EXISTENTES

Relacionados	Parentesco con el asegurado	Número de Identificación	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres completos
SOLICITANTE					
BENEFICIARIO					
AFIANZADO					
GARANTE					

PROPÓSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Ramos: Vida Generales Fianzas Seguro(s) al que aplica: _____
 Suma Asegurada Aplicada: _____
 Nuevo: Renovación:

PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Total Ingresos mensuales: _____ Total Egresos mensuales: _____ Fuentes: _____
 Total Otros Ingresos : _____ Fuentes de Otros Ingresos: _____

CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA DE \$50.000,00 HASTA \$200.000,00

Total Activos: _____ Total Pasivos: _____ Fuentes: _____

CUANDO LA SUMA ASEGURADA SEA MAYOR A \$200.000,00

REFERENCIAS

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias / Tarjetas de Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

JUSTIFICACIÓN POR OBTENCIÓN DE DATOS

DECLARACION:

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 y completa, proporcionada de manera confiable y actualizada. Me comprometo a comunicar oportunamente a Hispana de Seguros S.A. los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada; y, a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; además declaro que la relación con Hispana de Seguros S.A. tiene un propósito lícito y, que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaro que mi cónyuge, mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) y colaboradores Si _____ No _____ desempeñan o han desempeñado funciones públicas en los últimos dos años, como por ejemplo: Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, dignatarios elegidos por voto popular, etc; o que, sin ocupar cargo público alguno, tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

AUTORIZACIÓN:

Conocedor (a) de las disposiciones del Art. 3 de la Ley de Prevención, Detención y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, AUTORIZO expresamente a Hispana de Seguros S.A y las autoridades pertinentes a realizar los análisis y verificaciones que consideren necesarios, así mismo renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de

acción civil, penal o administrativa en contra de Hispana de Seguros S.A.

FIRMA DEL CLIENTE

____ / ____ / ____
(dd) (mm) (aa)

C.I. _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Nombre del Ejecutivo: _____

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca a su Cliente".

Ejecutivo

Aprobado por:

____ / ____ / ____
(dd) (mm) (aa)

Según resolución de la Junta Bancaria No. 2012-2147
Uso exclusivo de HISPANA DE SEGUROS S.A. FOR-UDC-001 versión 15 nov 12

DOCUMENTOS A SOLICITAR A CLIENTES SEGÚN LA SUMA ASEGURADA - PERSONA NATURAL

A.- Personas naturales, con contratos cuya suma asegurada hasta los US\$ 50.000,00

		SI	NO
1	Copia de la cédula de identidad, documento de identificación de refugiado (Visa 12 IV) o pasaporte vigente; certificado de votación.		
2	Copia de la cédula de identidad, de ser aplicable el de su cónyuge o conviviente.		
3	Copia de un recibo de cualquiera de los servicios básicos.		
4	Constancia de la revisión de listas de información nacionales e internacionales		

B.- Personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea mayor a US\$ 200.000,00 adicional a la documentación solicitada en el punto anterior:

		SI	NO
1	Confirmación del pago del impuesto a la Renta del año inmediato anterior.		