



FORMULARIO "CONOZCA SU CLIENTE" (Persona Natural)

Revisado: 29/03/2022

Cap. III: Normas para las Instituciones del Sistema de Seguro Privado sobre Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros

La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco; coloque N/A de ser el caso.

Ciudad	Fecha del formulario (dd/mm/aaaa):	14.1.12 Propósito de la relación comercial (ramo que contrata)	Nuevo:
			Actualización:
1.- INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y/O ASEGURADO			
14.1.1 Nombres y apellidos completos:			Estado Civil:
14.1.3 Tipo de identificación:	Número de identificación:	Nacionalidad:	14.4.9 Lugar y fecha de nacimiento
14.1.4 País y Ciudad:	14.1.5 Dirección de domicilio:	Tipo de vivienda:	
Teléfono de domicilio:	Nº Celular:	14.1.6 Correo Electrónico para factura:	Correo Electrónico para póliza:
2.- APLICA SOLO PARA IDENTIFICACIÓN PASAPORTE:			
Número de pasaporte:	Fecha de expedición:	Fecha de caducidad:	
Estado migratorio o Código de VISA:	Fecha de ingreso al país:		
3.- INFORMACION DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE			
14.1.7. Nombres y Apellidos Completos:	14.1.3 Tipo de identificación:	Número de identificación:	
4.- ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN (14.1.9)			
Origen de Ingresos mensuales:	Profesión:	Cargo que desempeña:	
14.3.1 Nombre de la empresa o negocio:	Actividad Económica de la empresa o negocio:		
14.3.1. Dirección de la empresa o negocio:	País:	Ciudad:	Teléfono:
Calle Principal y N°:	Transversal:	Correo Electrónico:	
5.- NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA (14.1.10)			
Total de Ingresos (mensuales)	Total de Egresos (mensuales)		
14.1.2 Total Activos (ejem. Vehículos, Casas, Etc)	Total de Pasivos (Ejem. Préstamos, Hipotecas)		
4.1.11 ¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente? SI __ NO __	Fuente de ingresos diferente de la actividad económica principal:	Valor de ingresos de otros ingresos:	
6.- DECLARACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (Representante Legal)			
Declaro que YO, o mi cónyuge o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, 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, Policía o Militar de alto rango o cualquier dignidad elegida por voto popular, o que sin ocupar cargo público alguno tenga injerencia política a nivel nacional o internacional. Si la respuesta es SI, favor llenar el formulario PEP's otorgado por la compañía.			
7.- INFORMACIÓN ADICIONAL QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMAS ASEGURADAS SUPERIORES A LOS USD200.000 (14.3.2)			
REFERENCIAS PERSONALES		REFERENCIAS COMERCIALES	
Nombres y Apellidos completos:	Teléfono:	Nombre de la Casa Comercial:	Teléfono:
8.- REFERENCIAS BANCARIAS / TARJETA DE CRÉDITO			
Institución Financiera:	Tipo:	Número:	
9.- VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO (Aplica sólo si el solicitante y beneficiario fueran diferentes del asegurado (14.1.13))			
SOLICITANTE: Razón Social o Nombres Completos:			
Fecha de Constitución / nacimiento:	Número de identificación:	Nacionalidad:	
Nº de Celular:	Dirección de domicilio/empresa:		
Correo Electronico:	Teléfono domicilio/empresa:		
Relación:	Explique la relación en caso de otro:		
BENEFICIARIO: Razón Social o Nombres Completos:			
Fecha de Constitución / nacimiento:	Número de identificación:	Nacionalidad:	
Nº de Celular:	Dirección de domicilio/empresa:		
Correo Electronico:	Teléfono domicilio/empresa:		
Relación:	Explique la relación en caso de otro:		
PAGADOR: Razón Social o Nombres Completos:			
Fecha de Constitución / nacimiento:	Número de identificación:	Nacionalidad:	
Nº de Celular:	Dirección de domicilio/empresa:		
Correo Electronico:	Teléfono domicilio/empresa:		
Relación:	Explique la relación en caso de otro:		
10.- DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN			
Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa, y proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales; así como el comunicar y documentar de manera inmediata a Seguros Unidos S.A., cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía, me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.			
11.- DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS (14.1.14)			
El (la) asegurado (a) y/o el (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a SEGUROS UNIDOS S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Igualmente declara que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.			
12.- JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS (Art. 14)			

En caso de que el potencial cliente no cuente con alguno de los datos o documentación solicitada, y lo justifique razonablemente, se deberá consignar tal circunstancia en este espacio:

--

13.- AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento del Terrorismo, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a SEGUROS UNIDOS 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; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS UNIDOS S.A toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

14.- VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (12.1.2)

Si las empresas de seguros o compañías de reaseguros tuvieren dudas acerca de la veracidad de la información proporcionada por el cliente, o exista incongruencia con los datos que sobre él se haya obtenido con anterioridad, estarán obligadas a verificar dicha información y a reforzar las medidas de control.

15.- NOMBRAMIENTO DE CORREDOR DE SEGUROS

A partir de la presente fecha, designamos como ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS a _____ para todo el Programa de Seguros; están autorizados para actuar en nuestra representación en todo lo referente al manejo de la póliza: solicitud del seguro, generación de póliza, renovación y mantenimiento de las Pólizas de Seguros contratados con Seguros Unidos S.A. El presente nombramiento no genera ningún costo entre las partes y se mantendrá en vigencia hasta ser revocada por escrito por el titular de la póliza, además deja sin efecto cualquier otro documento que se hubiera emitido con la misma finalidad.

16.- FIRMA (14.1.15) La firma debe ser igual a como consta en el documento de identificación

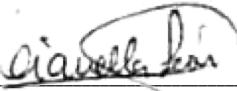
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas de seguro.

Firma del cliente

Nº de documento de Identificación:		Ciudad y Fecha (dd/mm/aaaa)	
------------------------------------	--	-----------------------------	--

17.- INFORMACION DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente" bajo la responsabilidad estipulada en el artículo 17 del Cap. III: Normas para las Instituciones del Sistema de Seguro Privado sobre Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros.



 Firma/sello del Asesor Productor de Seguros o Ejecutivo Comercial

Razón Social/ Nombres completos:	GIANELLA LEON JARAMILLO	Nº de documento de Identificación:	0926234147	Ciudad y Fecha (dd/mm/aaaa)	
----------------------------------	-------------------------	------------------------------------	------------	-----------------------------	--

18.- DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO (La documentación deber ser legible, actualizada y completa)

a) Para sumas aseguradas inferior a los USD.50.000 adjuntar (14.1):	b) Adicional del literal (a), para sumas aseguradas entre los USD 50.001 a USD 200.000 adjuntar (14.2):	Adiciona a literal (a) y (b); para sumas aseguradas superiores a USD. 200.001 adjuntar (14.3);
---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Declaración sobre condicion PEP (sí aplica) Copia de Documento de Identificación Copia de Documento de Identificación del cónyuge, de ser aplicable Copia de un recibo de pago de servicio básico (agua, luz, teléfono) máximo de tres meses atrás y que conste dirección de domicilio	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; Situación financiera: total de activos y pasivos	Referencias personales y/o bancarias y/o comerciales consignarlo en el formulario.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

19.- USO EXCLUSIVO SEGUROS UNIDOS S.A.

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO RESPONSABLE QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN

Fecha: _____ Nombre del Responsable: _____ Nº de identificación: _____ _____ Firma del Responsable		Fecha: _____ _____ Revisado por la Unidad de Cumplimiento
14.4.19 Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario con listas de información oficial como: RCSA _____ FUNCIÓN JUDICIAL _____		