

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)

La información proporcionada en este documento es confidencial y será utilizada por Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. 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"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	
Dirección	domicilio:	País:	ciudad:	
	Provincia:	Cantón:	Profesión:	
Edad:				
Teléfonos	domicilio:	Celular:	Persona de Contacto:	
Mail personal para Factura Electrónica:		Mail para el Formulario de Retención:		
Cónyuge o conviviente	Apellidos y Nombres:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
	Email:		Número de ID: <input type="text"/>	
	Separación de bienes: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Domicilio:	
	Actividad Económica:		País:	Nacionalidad:

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"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/> Viudo <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"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/> Viudo <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 ID, apellidos y nombres

DATOS DE ACTIVIDAD LABORAL

Empleado privado Empleado público Negocio propio Jubilado Estudiante Quehaceres domésticos Otro Especifique _____

Nombre o Razón Social del Lugar de trabajo		Actividad Económica	Cargo que desempeña
Dirección de trabajo	Dirección:	ciudad:	País:
	Correo electrónico laboral:	teléfono:	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Declara Impuesto a la Renta: Sí NO Lleva contabilidad: Sí NO

***En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar:**

*Detalle de ingresos mensuales USD *Fuente de los otros ingresos: _____

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
	Total de Ingresos:	Total de Egresos:	

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 (4 últimos dígitos)	Inst. Financiera	Tipo cta. Ahorro /corriente	Inst. Financiera
EMISIÓN DE FACTURA						
Solicitante <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>						
Datos en caso de escoger opción OTRO				C.I./Ruc No.	Teléfono:	
Nombre/ Razón social:				Relación con el Solicitante:		
Dirección:						
CANAL DE VINCULACIÓN						
*Si usted fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:						
Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR <input type="checkbox"/> BROKER <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>						
Especifique _____						
FORMA DE PAGO						
Efectivo <input type="checkbox"/>						
Cheque <input type="checkbox"/>						
Transferencia <input type="checkbox"/>						
Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>						
Tarjeta de Débito <input type="checkbox"/>						
CANAL DE PAGO						
Nombre de Institución:						
Tipo de Cuenta:						
No. De Cuenta o de Tarjeta:						
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)						
<ul style="list-style-type: none"> -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 (aplica para personas expuestas políticamente) -Nombramiento del cargo, con periodo de funciones (aplica para personas expuestas políticamente) -Copia de la Declaración del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior (aplica para personas expuestas políticamente) 						
<p>Sólo para suma asegurada acumulada superiores a US\$ 50,000 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.</p>						
DECLARACIÓN						
<p>Yo, declaro ser 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. También declaro que 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.</p> <p>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.</p> <p>DECLARACIÓN PEP (Persona expuesta políticamente) Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero, o en alguna organización internacional (desde el 5 al 10 grado de la escala de la RMU) tales como: Presidente y Vicepresidente de la República, Ministros y Viceministros, Asambleístas (principales y alternos), Superintendentes, Intendentes nacionales, regionales; Secretarios de gobierno, Asesores, Directores Nacionales, Regionales o Provinciales, Coordinadores, Gerentes y subgerentes de empresas o banca pública; Alcaldes, Vicealcaldes, Prefectos, Viceprefectos; Diplomáticos, embajadores, cónsules, etc.</p> <p>SI ___ NO ___ Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEP otorgado por la compañía.</p> <p>AUTORIZACION Análisis y verificación de datos 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; en consecuencia, renuncio a instaurar cualquier acto civil, administrativo o penal en contra de la compañía y/o sus empleados y/o sus filiales y/o subsidiarias. 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 burós de crédito, mi información.</p> <p>Tratamiento de Datos Personales Con el objeto de preservar, 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, las partes acuerdan que Generali Ecuador Compañías de Seguros S.A., sus subsidiarias, filiales a nivel nacional e internacional, intercambien durante la vigencia de la relación jurídica la información concerniente a la misma y la declarada en el presente documento. A tales efectos, las 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. Autorizo a Generali Ecuador Compañías de Seguros S.A. a compartir su información con terceras personas 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.</p> <p>He sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que los datos personales que comparto son accedidos y tratados por GENERALI, con el objetivo de garantizar la calidad del servicio. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales y sensible estrictamente pertinentes y necesarios, GENERALI, no podrá cumplir con los fines expuestos.</p>						

He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos registrada bajo la titularidad de GENERALI; y, que estos podrán ser mantenidos localmente, así como compartidos a nivel internacional con la red de Generali con la finalidad de llevar estadísticas, realizar encuestas de satisfacción, envío de comunicaciones referidas a nuevos servicios y/o promociones, mejorar el servicio, entre otros.

Se le informa que usted puede ejercer los Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través de una solicitud dirigida a datosprotegidos@general.com.ec o en cualquiera de los establecimientos físicos de GENERALI.

Eximo a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea. Este Formulario fue realizado de acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y su Reglamento; además de las Normativas en Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo expedidas por la Junta de Política y Regulación Financiera, y Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Firma del Solicitante

C.I. _____ Lugar y Fecha: _____

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BRÓKER)

Nombre o Razón social: _____

Nombre del ejecutivo encargado: _____

Confirmando que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo. Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Cliente".

Firma del Responsable

C.I. _____ Lugar y Fecha: _____

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Confirmando que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo. Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Cliente".

Detalle de observaciones:

Nombre del Ejecutivo encargado: _____ Lugar y Fecha: _____

Firma del ejecutivo