

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" BENEFICIARIOS (Persona Natural)

La información proporcionada en este documento es confidencial y será utilizada por la Compañía para la relación comercial.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input style="width: 150px;" 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:	
Dirección	domicilio:		País:
	Provincia:	cantón	ciudad:
Teléfonos	domicilio:		Profesión:
	Celular:	Persona de contacto	Edad:
Cónyuge o conviviente	Apellidos y Nombres:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
	Actividad económica:		Número de ID: <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Domicilio:		País:
	Nacionalidad:		Correo:

VÍNCULOS CON EL SOLICITANTE DEL SEGURO

Familiar Comercial Laboral: Ninguna: Otros: Especifique _____

DATOS DE ACTIVIDAD LABORAL

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

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

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: _____

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------

REFERENCIAS

Referencia Personales			Referencias comerciales		Referencias Bancarias	
Nombre y Apellido	Parentesco	télefono	Tarjeta (4 últimos dígitos)	Inst. Financiera	Tipo cta. Ahorro /corriente	Inst. Financiera

CANAL DE VINCULACIÓN

***Si usted fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:**
 Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR BROKER OTROS 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 (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)

DECLARACIÓN

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.

Además, declaro que el origen de fondos, bienes y productos que son asegurados, ni los que reciba producto de un siniestro, provienen ni serán utilizados en el delito de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo y otros delitos.

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.

Si NO Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEP otorgado por la compañía.

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 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 buró de crédito mi información.

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.

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.

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@generali.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 Beneficiario

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: _____

Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha: _____