

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS Y PROVEEDOR" (Persona Natural)

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

Reasegurador ☐ Coasegurador ☐ Intermediario de Reaseguro ☐ Asesor Productor de seguros ☐ Perito de seguros ☐ Proveedor ☐

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS O PROVEEDOR

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula ☐ Pasaporte ☐	
Nombres:		Número de ID:	
Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐	Unión de Hecho ☐	Viudo ☐
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección	domicilio:		País:
	Provincia:	cantón	ciudad:
Teléfonos	domicilio:	Celular:	Profesión:
	Persona de Contacto:		Edad:
Cónyuge ó conviviente	Apellidos y Nombres:		Tipo de ID: Cédula ☐ Pasaporte ☐
	Domicilio:		Número de ID:
	Actividad Económica:		Nacionalidad:

DATOS DE ACTIVIDAD LABORAL

Empleado privado ☐ Empleado público ☐ Negocio propio ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Quehaceres domésticos ☐ Otro ☐ Especifique _____		
Nombre o Razón social	Lugar de trabajo	Cargo que desempeña
Dirección de trabajo	Dirección:	País:
	Correo electrónico laboral:	ciudad:
		teléfono:

INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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:
	Total Ingresos:	Total Egresos:	

REFERENCIAS

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

CANAL DE VINCULACIÓN

***Si fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:**

Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR ☐ BROKER ☐ OTROS ☐ Especifique _____

EMISIÓN DE FACTURA

Solicitante ☐ OTRO ☐

Datos en caso de escoger opción OTRO	C.I./Ruc No.	Teléfono:
Nombre/ Razón social:		
Dirección:	Relación con el Solicitante:	

FORMA DE PAGO

Efectivo	☐
Cheque	☐
Transferencia	☐
Tarjeta de Crédito	☐
Tarjeta de Débito	☐

CANAL DE PAGO

Nombre de Institución:
Tipo de Cuenta:
No. De Cuenta o de Tarjeta:

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**)

FAVOR RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO (EXCEPTO PARA PROVEEDORES)
a) Dispone de procedimientos o controles para prevenir el lavado de activos que incluya:

	SI/NO/NA	Justifique si su respuesta es No o NA
Políticas y procedimientos para la aceptación y verificación de clientes		
Procedimientos para la conservación de registros de clientes		
Procesos para la validación de datos del cliente, contra listas de observados y durante la relación comercial		
Procesos de monitoreo transaccional de cliente, para detectar transacciones inusuales		
Su institución cuenta con un Código de Ética		
Procedimientos para relacionarse con PEP's (personas expuestas políticamente)		
b) Ud. está regido por leyes/normas legales para prevenir el lavado de activos?		
c) Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?		

DECLARACIÓN

Yo, declaro ser conocedor(a) de las penas de perjurio y, asimismo, 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 y destino de todos mis ingresos, así como los bienes amparados en el seguro aquí convenido, 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 lavado de activos, 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.

AUTORIZACIÓN. -
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 autorizando a revisar en los burós 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 Prestador de Servicios de Seguros

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 "Conocimiento del Prestador de Servicios de Seguros y Proveedor".

Detalle de observaciones

--

Nombre del Ejecutivo encargado: _____

Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha: _____