

**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"/> Número de ID: _____	
Nombres:			
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:	
<b>Dirección</b>	domicilio:		País: _____ ciudad: _____
	Provincia:	Cantón:	Profesión: _____ Edad: _____
<b>Teléfonos</b>	domicilio:	Celular: _____	
Correo electrónico: _____			
<b>Cónyuge o conviviente</b>	Apellidos: _____ Nombres: _____		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número de ID: _____

**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"/> RUC Número de ID: _____	
Nombres:			
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 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"/> RUC Número de ID: _____	
Nombres:			
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 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  Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social del Lugar de trabajo		Actividad Económica		Cargo que desempeña
<b>Dirección de trabajo</b>	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: \_\_\_\_\_

<b>Situación Financiera</b>	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	Inst. Financiera

<b>DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Copia de cédula o documento de identidad (copia del pasaporte o equivalente para casos de extranjeros)</li> <li>-Copia de 1 planilla de servicios básicos</li> <li>-Copia de cédula o documento de identidad del cónyuge o conviviente de ser aplicable.</li> <li>- Documento de pensionista, de ser aplicable.</li> <li>-Certificado de ingresos mensuales (<b>aplica para personas expuestas políticamente</b>)</li> <li>-Nombramiento del cargo, con periodo de funciones (<b>aplica para personas expuestas políticamente</b>)</li> <li>-Copia de la Declaración del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior (<b>aplica para personas expuestas políticamente</b>)</li> </ul> <p><b>Sólo para suma asegurada acumulada superiores a US\$ 50,000</b> 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>					
<b>DECLARACIÓN</b>					
<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><b>DECLARACIÓN PEP (Persona expuesta políticamente)</b>      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><b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEP otorgado por la compañía.</b></p>					
<p><b>AUTORIZACION</b>  <b>Análisis y verificación de datos</b>      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>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.</p> <p><b>Tratamiento de Datos Personales</b>      Otorgo mi consentimiento libre, expreso, informado e inequívoco a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A., sus subsidiarias, filiales y entidades del Grupo Generali para que recopilen, procesen y traten la información entregada; esto incluye, según el tipo de seguro, datos de salud y otras categorías de datos sensibles. La información podrá comprender diagnósticos, exámenes médicos, afecciones de salud, enfermedades de cualquier tipo, así como tratamientos y atenciones médicas realizadas o por realizar en el futuro a los titulares, solicitantes, asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona incluida en el contrato de seguro solicitado. Asimismo, autorizo a acceder y obtener la información necesaria, incluyendo historiales médicos o clínicos. Lo anterior incluye la información generada o contenida en las bases de datos de médicos, personal sanitario, prestadores de salud, aseguradoras y empresas de medicina prepaga, tanto nacionales como extranjeras.</p> <p>Autorizo a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. a compartir la información con entidades del Grupo Generali y terceras personas para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro. De igual forma, podrá compartir en caso de ser requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva, por requerimiento legal de autoridad competente.</p> <p>Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. accede y trata información personal únicamente para cumplir con sus obligaciones legales y contractuales, conforme a los servicios que presta; esto podrá incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Evaluación de riesgos</li> <li>ii. Emisión del contrato de seguro, documentos que forman parte de esta y cálculo de primas</li> <li>iii. Gestión de reclamos y liquidaciones</li> <li>iv. Prevención de fraude y cumplimiento de normativas legales y regulatorias</li> <li>v. Mejora de productos y servicios</li> </ol> <p>Se me ha informado que puedo ejercer los derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocación del consentimiento, mediante una solicitud dirigida a <a href="mailto:datosprotegidos@general.com.ec">datosprotegidos@general.com.ec</a> o en cualquiera de las oficinas de la compañía. Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A garantiza su compromiso de tratar los datos personales conforme a la normativa ecuatoriana, adoptando las medidas de seguridad necesarias, y asegurando de manera irrestricta la confidencialidad y reserva de la información.</p> <p>Para más información consulta nuestro Aviso de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales.</p>					
<p>Firma del Solicitante _____ C.I. _____ Lugar y Fecha: _____</p>					
<b>DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BRÓKER)</b>					
<p>Nombre o Razón social: _____</p> <p>Nombre del ejecutivo encargado: _____</p> <p>Confirmo 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".</p>					
<p>C.I. _____ Lugar y Fecha: _____</p> <p>Firma del Responsable _____</p>					

**SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

Confirmo 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