

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: <input type="checkbox"/> 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: Provincia: <input type="text"/> cantón: <input type="text"/>	País: <input type="text"/> ciudad: <input type="text"/>
Teléfonos	domicilio: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/>	Persona de Contacto: <input type="text"/>
Cónyuge ó conviviente	Apellidos: <input type="text"/> Nombres: <input type="text"/>	Tipo de ID: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número de ID: <input type="text"/>

DATOS DE ACTIVIDAD LABORAL

Empleado privado Empleado público Negocio propio Jubilado Estudiante Otro Especifique _____

Nombre o Razón social Lugar de trabajo	Actividad Económica	Cargo que desempeña
Dirección: <input type="text"/>	País: <input type="text"/> ciudad: <input type="text"/>	
Correo electrónico laboral: <input type="text"/>	teléfono: <input type="text"/>	

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	Inst. Financiera	Inst. Financiera
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.
- Documento de pensionista, en caso aplique.
- 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimientos para la conservación de registros de clientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos para la validación de datos del cliente, contra listas de observados y durante la relación comercial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos de monitoreo transaccional de cliente, para detectar transacciones inusuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su institución cuenta con un Código de Ética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimientos para relacionarse con PEP's (personas expuestas políticamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ud. está regido por leyes/normas legales para prevenir el lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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 burós de crédito mi información.

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.

Tratamiento de Datos Personales

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.

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.

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:

- i. Evaluación de riesgos
- ii. Emisión del contrato de seguro, documentos que forman parte de esta y cálculo de primas
- iii. Gestión de reclamos y liquidaciones
- iv. Prevención de fraude y cumplimiento de normativas legales y regulatorias
- v. Mejora de productos y servicios

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 datosprotegidos@generaliecuador.com.ec 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.

Para más información consulta nuestro Aviso de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales.

Firma del Prestador de Servicios de Seguros

C.I. _____

Lugar y Fecha: _____

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

Detalle de observaciones

Nombre del Ejecutivo encargado: _____

Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha: _____

