

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

**VÍNCULOS CON EL SOLICITANTE DEL SEGURO**

Familiar  Comercial  Laboral:  Ninguna:  Otros:  Especifique \_\_\_\_\_

**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
<b>Dirección de trabajo</b>	Dirección: _____ Correo electrónico: _____ teléfono: _____	País: _____ ciudad: _____

**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:
----------------------	-------------------	-------------------	-------------

**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, 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.

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 históricos 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@generali.com.ec](mailto:datosprotegidos@generali.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 Beneficiario \_\_\_\_\_

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 "Conozca a su Cliente".

Detalle de observaciones:  
\_\_\_\_\_

Nombre del Ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

Firma del ejecutivo \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_