

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)				
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
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:	ciudad:
	Provincia:	Cantón:	Profesión:	Edad:
Teléfonos	domicilio:		Celular:	
	Correo electrónico:			
Cónyuge o conviviente	Apellidos:		Tipo de ID: Cédula ☐ Pasaporte ☐	
	Nombres:		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 ☐ Pasaporte ☐ RUC		
Nombres:		Número de ID:		
Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión de Hecho ☐ Viudo ☐				
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:
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 ☐ Pasaporte ☐ RUC		
Nombres:		Número de ID:		
Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión de Hecho ☐ Viudo ☐				
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:
Dirección de domicilio			Teléfono:	Email:
En caso de 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
Dirección de trabajo	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: _____		
Situación Financiera	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	Inst. Financiera

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)**

Sólo para suma asegurada acumulada superiores a US\$ 50,000 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.

DECLARACIÓN

Yo, _____, declaro que la información proporcionada en este formulario y la documentación adjunta es verdadera, completa, vigente y verificable. Asimismo, me obligo a mantener actualizada la información entregada y a notificar oportunamente cualquier modificación relevante que deba ser conocida por la Compañía para fines contractuales, regulatorios, de debida diligencia o de cumplimiento.

Declaro además que los fondos, bienes y valores relacionados con la relación aseguraticia no provienen, ni serán destinados, a actividades ilícitas, incluyendo lavado de activos, financiamiento del terrorismo u otros delitos previstos en la normativa aplicable.

La información proporcionada en este documento será tratada por Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. con carácter confidencial, de conformidad con la normativa aplicable, para fines de debida diligencia, cumplimiento legal y regulatorio, administración de la relación precontractual o contractual, gestión del seguro y demás finalidades informadas en este formulario y la política de protección de datos personales de Generali.

DECLARACIÓN PEP (Persona expuesta políticamente)

Declaro que:

- ☐ Sí
☐ No

Mantengo o he mantenido la condición de persona expuesta políticamente, de conformidad con la normativa aplicable. En caso de marcar "Sí", me obligo a completar el formulario específico correspondiente y a proporcionar la documentación de respaldo requerida por la Compañía para fines de debida diligencia reforzada.

AUTORIZACIÓN PARA VALIDACIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

El compareciente autoriza a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. para que, en el marco de la relación precontractual, contractual o postcontractual, y con observancia de la normativa aplicable, realice las validaciones, verificaciones, consultas y gestiones razonablemente necesarias para:

- a) corroborar la identidad y exactitud de la información proporcionada;
- b) cumplir obligaciones legales y regulatorias, incluyendo aquellas relacionadas con debida diligencia, conocimiento del cliente, prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y requerimientos de autoridad competente;
- c) administrar la relación aseguraticia, incluyendo procesos de suscripción, evaluación del riesgo, gestión de asegurados, beneficiarios, siniestros, pagos, coberturas y reclamaciones;
- d) prevenir fraude, inconsistencias, suplantación, abuso o uso indebido de productos y servicios;
- e) consultar y contrastar información con fuentes públicas, registros oficiales, bases de datos de acceso legítimo, proveedores autorizados de información y demás fuentes pertinentes conforme al ordenamiento jurídico aplicable.

Cuando resulte legalmente procedente y necesario para las finalidades antes indicadas, la Compañía podrá consultar información financiera, patrimonial o crediticia en registros, burós de información o fuentes equivalentes habilitadas, exclusivamente dentro de los límites permitidos por la normativa aplicable.

La presente autorización no implica renuncia a derechos del titular ni exonera a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. del cumplimiento de sus obligaciones legales en materia de protección de datos personales, seguros, prevención de lavado de activos y demás normativa aplicable.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A., en calidad de responsable del tratamiento, tratará los datos personales contenidos en este formulario, así como aquellos que se recopilen o generen durante la relación con el solicitante, asegurado, beneficiarios, cónyuge o conviviente, terceros relacionados u otros titulares vinculados a la operación, para las siguientes finalidades:

- a) verificar la identidad y razonabilidad de la información proporcionada;
- b) cumplir obligaciones legales y regulatorias, incluyendo aquellas relacionadas con prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo, debida diligencia, conocimiento del cliente y requerimientos de autoridades competentes;
- c) gestionar la relación precontractual, contractual o postcontractual vinculada al seguro;
- d) administrar siniestros, coberturas, asegurados, beneficiarios, pagos, validaciones y demás gestiones relacionadas con el contrato de seguro;
- e) prevenir fraude, abuso, uso indebido de productos o servicios, y gestionar controles internos, auditoría y cumplimiento;
- f) atender requerimientos, consultas, reclamos y ejercicio de derechos por parte de los titulares;
- g) mantener evidencia, trazabilidad, respaldo documental y registros asociados al cumplimiento normativo y contractual.

Los datos personales serán tratados sobre la base de una o más de las siguientes condiciones de licitud, según corresponda en cada caso: cumplimiento de obligaciones legales y regulatorias; ejecución de medidas precontractuales o contractuales; y, cuando resulte estrictamente aplicable, consentimiento del titular.

Cuando el solicitante proporcione datos personales de terceros, declara que dicha entrega se realiza conforme a una base de legitimación válida y suficiente, y que ha cumplido, cuando corresponda, con los deberes de información y demás exigencias legales aplicables.

Cuando, por la naturaleza del seguro o de la gestión correspondiente, sea indispensable tratar datos personales sensibles, incluyendo datos relativos a salud, dicho tratamiento se limitará a la finalidad específica que lo justifique y únicamente se realizará en la medida necesaria para la evaluación del riesgo, la suscripción, la gestión de coberturas, la atención de siniestros o el cumplimiento de obligaciones legales o contractuales aplicables. En los casos en que la normativa exija consentimiento expreso del titular, este será recabado de manera específica y diferenciada.

Los datos personales podrán ser comunicados o transferidos a reaseguradoras, coaseguradoras, ajustadores, prestadores médicos, proveedores especializados, empresas del grupo empresarial, auditores, asesores, autoridades competentes y demás terceros que deban intervenir legítimamente en la operación, administración, soporte, cumplimiento normativo o ejecución del contrato de seguro, dentro o fuera del Ecuador, cuando dicha comunicación sea necesaria, pertinente y se encuentre amparada en una base de legitimación aplicable.

En caso de transferencias o comunicaciones internacionales de datos personales, estas se realizarán únicamente cuando resulten necesarias para la operación del seguro, la gestión de coberturas, la atención de siniestros, el soporte corporativo, el cumplimiento normativo o la adecuada prestación de servicios vinculados, adoptando las medidas jurídicas, contractuales, organizativas o técnicas que correspondan conforme a la normativa aplicable.

Los datos personales serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir las finalidades antes descritas, así como durante los plazos adicionales exigidos por la normativa aplicable, los términos de prescripción legal o mientras sea necesario para la formulación, ejercicio o defensa de reclamos, derechos o procedimientos administrativos, judiciales o extrajudiciales.

Los titulares de los datos personales podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación y actualización, eliminación, oposición, portabilidad, suspensión del tratamiento y demás derechos reconocidos por la normativa vigente, mediante solicitud dirigida a datosprotegidos@generali.com.ec o a través de los canales habilitados por la Compañía. Para mayor información sobre el tratamiento de datos personales, podrá consultarse el Aviso de Privacidad vigente de Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Firma del Solicitante

C.I. _____

Lugar y Fecha: _____

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BRÓKER)

Nombre o Razón social: _____

Nombre del ejecutivo encargado: _____

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".

Firma del Responsable

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: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma del ejecutivo