

FORMULARIO DE VINCULACION DE INICIO/RENOVACION DE RELACIONES COMERCIALES "CONOZCA A SU CLIENTE" PERSONAS NATURALES

Conforme Resolución JB-2013-2454

TIPO DE SEGURO	RAMOS	TOTAL SUMAS ASEGURADAS
NUEVO RENOVACIÓN	VIDA GENERALES	

DESCRIPCIÓN DE(L) (LOS) SEGURO(S) A QUE APLICA

1. DATOS PERSONALES

APELLIDOS	NOMBRES	No. IDENTIFICACIÓN <small>(Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)</small>
------------------	----------------	---

FECHA DE NACIMIENTO Año ____ Mes ____ Día ____	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO F ____ M ____	ESTADO CIVIL Soltero(a) __ Casado(a) __ Divorciado(a) __ Unión Libre __ Viudo(a) __
--	----------------------------	---------------------------------	---

2. DATOS PERSONALES DE(L) (LA) CÓNYUGE (Si aplica)

APELLIDOS	NOMBRES	No. IDENTIFICACIÓN <small>(Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)</small>
------------------	----------------	---

3. DOMICILIO O RESIDENCIA DEL SOLICITANTE

PAIS	PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR
-------------	------------------	---------------	---------------	------------------	---------------

DIRECCIÓN: (Calle principal, intersección, número de casa o lote)

TELEFONOS	CELULAR	E-MAIL
------------------	----------------	---------------

TIPO DE VIVIENDA
PROPIA _____ ARRENDADA _____ VIVE CON FAMILIARES _____ ANTICRESES _____ OTRA _____

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

FUENTE DE INGRESOS Salario ____ Ventas ____ Rentas ____	ACTIVIDAD ECONÓMICA Agrícola ____ Producción ____ Turismo ____ Ganadero ____ Construcción ____ Pesca ____ Transporte ____ Comercio ____ Servicios ____ Otros (especifique) _____	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PROFESIÓN
---	---	--

NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO	FECHA DE INGRESO/INICIO ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA/NEGOCIO	CARGO
-------------------------------------	--	--	--------------

PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR
------------------	---------------	---------------	------------------	---------------

DIRECCIÓN: (Calle principal, intersección, número de casa o lote)

TELEFONOS	CELULAR	E-MAIL
------------------	----------------	---------------

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES De \$0,00 a \$1.000,00 () De\$ 1.001,00 a \$ 2.000,00 () De\$ 2.001,00 a \$ 3.000,00 () De\$ 3.001,00 a \$ 4.000,00 () De\$ 4.001,00 en adelante (especificar) \$ _____	GASTOS	OTROS ING. MENS.
--	---------------	-------------------------

TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	PATRIMONIO
----------------------	----------------------	-------------------

Origen de Fondos: _____

6. REFERENCIAS FAMILIARES (Por favor, describa los datos de dos familiares que no vivan con usted)

NOMBRE DE REFERENCIA	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
NOMBRE DE REFERENCIA	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

7. REFERENCIAS BANCARIAS Y/O COMERCIALES

CUENTAS BANCARIAS			TARJETAS DE CRÉDITO	
TIPO DE CUENTA Ahorros Corriente	No. CUENTA	INSTITUCIÓN	No. TARJETA	EMISOR

8. VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, CONTRATANTE Y BENEFICIARIO				
No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)	APELLIDOS	NOMBRES	TIPO DE SUJETOS Asegurado _____ Beneficiario _____	
PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR
DIRECCIÓN (Calle principal, intersección, número de casa o lote)				
TELEFONOS	CELULAR	RELACIÓN CON EL CONTRATANTE		E-MAIL
No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)	APELLIDOS	NOMBRES	TIPO DE SUJETOS Asegurado _____ Beneficiario _____	
PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR
DIRECCIÓN (Calle principal, intersección, número de casa o lote)				
TELEFONOS	CELULAR	RELACIÓN CON EL CONTRATANTE		E-MAIL
9.- ACEPTACIÓN DEL CLIENTE				
<p>1. Declaro (amos) que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de los datos contenidos en el formulario.</p> <p>2. Declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Latina Seguros y Reaseguros C.A, por la (las) prima (s) de las póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.</p> <p>3. Conocedor (es) de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Latina Seguros y Reaseguros C.A. a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal en contra de Latina Seguros y Reaseguros C.A., sus funcionarios y autoridades.</p> <p>4. ¿Usted, su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos desempeñan o han desempeñado funciones públicas en los últimos dos años? Si _____ No _____</p> <p>En caso de ser afirmativa su respuesta por favor especifique su relación con esa persona y el cargo</p>				
10.- DOCUMENTOS REQUERIDOS				
<p>1. Copias del documento de identificación del solicitante y su cónyuge</p> <p>1. Copia de un recibo de cualquier servicio básico</p> <p>2. Copia del pago del Impuesto a la Renta, si la suma asegurada es mayor a \$50,000.00</p>				
11.- FIRMA DEL CLIENTE				
Yo, _____, señalo que las razones por las cuales no puedo suministrar la información total o parcial del asegurado, afianzado y o beneficiario son: _____				
Declaro haber leído, entendido y aceptado lo anterior, así mismo declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento, así como la omisión o no entrega de información.				
Firma: _____		Fecha: ____/____/____		
C.I				
12. ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS				
Nombre o razón social del Asesor Productor de Seguros _____				
Ruc o No. Identificación _____ Nombre del Represente legal _____				
Firma y Sello Asesor Productor de Seguros _____				
13. EJECUTIVO COMERCIAL COMPAÑÍA DE SEGUROS				
Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".				
Revisado en listas de Información Reservada nacionales e internacionales: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Coincidencias: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Firma: _____		Fecha: ____/____/____		
C.I				

