

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

Persona Natural

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada de manera exclusiva de Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.

Fecha: _____ Tipo de solicitud: Nueva Renovación

TIPO DE SEGURO

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE / ASEGURADO

Apellidos y nombres:

Lugar Nacimiento: _____ Fecha Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: C.C Pasaporte Visa V12 N° de Identificación _____

INFORMACIÓN EXTRANJEROS Fecha expedición del pasaporte: _____ Fecha vencimiento de pasaporte: _____

País de Residencia: _____ Ciudad de Residencia: _____ Fecha Ingreso al País: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Unión de Hecho Viudo Sexo: F M

Dirección Domicilio: Calle Principal: _____ N°: _____

Transversal: _____ Sector/Barrio: _____

Teléfono: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____ País: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DEL CÓNYUGE

Nombres completos cónyuge o conviviente:

Lugar Nacimiento: _____ Fecha Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: C.C Pasaporte Visa V12 N° de Identificación _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Privado Empleado Público Independiente Otro Profesión: _____

Empresa en la que trabaja: _____ Cargo: _____

Dirección Trabajo: Calle Principal: _____ N°: _____

Transversal: _____ Sector/Barrio: _____

Teléfono: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____ País: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Detalle sus Ingresos Mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo a los siguientes rangos:

De 0 a 600 De 601 a 1000 De 1001 a 2000 De 2001 a 3000 De 3001 a 4000 De 4001 a 5000 >=5001

Total Egresos: USD _____ Otros Ingresos: USD _____ Detalle la fuente de otros Ingresos: _____

Total Activos: USD _____ Total Pasivos: USD _____ Patrimonio (Activos-Pasivos): USD _____

PROPÓSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL (para uso de comercial o asesor productor)

Accidentes Personales Vida Asistencia Médica Valor Asegurado: USD _____

DATOS DE VINCULACIÓN (para uso de comercial o asesor productor)

Señale si usted es: Solicitante Asegurado Beneficiario

Indique los vínculos existentes entre:

Solicitante - Asegurado Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro Cuál: _____

Solicitante - Beneficiario Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro Cuál: _____

Asegurado - Beneficiario Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro Cuál: _____

REFERENCIAS (obligatorio si la suma asegurada acumulada supera los USD200.000)

Referencia Personal: Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Referencia Comercial:

Entidad _____ Monto _____ Teléfono _____

Referencia Bancaria:

Institución Financiera

Tipo de Cuenta/Tarjeta

Número de Cuenta/Tarjeta

DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Declaración de Licitud de Fondos: Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la "Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos". Igualmente, declaro libre y voluntariamente que el seguro solicitado a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., ampara bienes de procedencia lícita.

Declaración de Licitud de información: Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable, so pena de perjurio y disposiciones legales pertinentes. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

Autorización: Autorizo a Pan-American Life de 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. Así mismo autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas corporativas.

Cédula Identidad: - _____
Firma del Contratante La firma debe ser igual a la que consta en el documento de identidad**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

Nombre o Razón Social:

N° de Credencial:

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado:

Declaro conocer la responsabilidad de la recopilación de la información y documentación del cliente, señalada en el Art. 17 de la Resolución No. JB-2012-2147 y posteriores reformas de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y Junta Bancaria, así como haber cumplido con la recopilación de la información y documentación previstas en el Art. 14 de la Resolución antes mencionada.

Firma del Corredor**JUSTIFICACIÓN POR NO ENTREGA DE INFORMACIÓN**

Importante: En caso de no haber proporcionado información en algún (os) campo (s), ingrese la justificación (Art. 14, párrafo 3). No obstante lo anterior, una vez que Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. emita la (s) póliza (s) y el cliente no hubiere proporcionado la información solicitada, se procederá de acuerdo con la ley, a notificar a la Unidad de Análisis Económico y Financiero (UAFE) como un hecho inusual.

DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Declaro bajo juramento que SI ___ NO ___ me encuentro ejerciendo o ejercí funciones públicas en el Ecuador o en el Extranjero en los dos últimos 2 años.

En caso de haber sido funcionario público dentro del periodo indicado, señale el cargo y la institución:

En caso de que su cónyuge, hijos, padres, hermanos, sea actualmente funcionario público, señale el cargo e institución donde trabaja:

*En caso de ser positiva su respuesta, deberá llenar la declaración sobre la condición de persona políticamente expuesta (anexo 1).

USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Revisión de listas: SI Confirmación del pago del impuesto a la Renta generado de la página del SRI: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: _____

Fecha: _____

Firma Funcionario

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC (Si es independiente)

Copia del documento de identificación (cédula o pasaporte)

Copia del documento de identificación del cónyuge (de ser aplicable)

Copia de un recibo de servicio básico (máximo 3 meses atrás)

Copia de pago de impuesto a la renta del año inmediato anterior y declaración de impuesto a la renta del año anterior