

PERSONA NATURAL

El presente formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras, como requisito indispensable para la emisión de su Póliza de Seguro. La información solicitada, se encuentra conforme a las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento; y, resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS); Junta de Política y Regulación Financiera; y, Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

A. TIPO DE CLIENTE

AFIANZADO

GARANTE

ASESOR / AGENCIA
DE SEGUROS

B. DATOS INFORMATIVOS

Nombre completo (Apellidos y Nombres)

No. Identificación

Cédula

RUC

Pasaporte

Nacionalidad

Edad

País de Nacimiento

Ciudad de nacimiento

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Estado Civil

Sexo / Genero

MASCULINO

FEMENINO

País de residencia

Ciudad de residencia

Dirección de domicilio

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

C. INFORMACIÓN LABORAL Y DEL CLIENTE

Tipo de actividad

PRIVADA

PÚBLICA

INDEPENDIENTE

Actividad económica principal

Nombre de la empresa o negocio en la que trabaja

Dirección de la empresa/negocio en la que trabaja

País de Origen de la empresa o negocio

Ciudad de residencia de la empresa/negocio

Teléfono de contacto 1

Teléfono de contacto 2

Correo electrónico laboral

D. HISTORIA LABORAL

Empleador

Cargo

Años de trabajo

Jefe Inmediato

Cargo de Jefe Inmediato

Teléfonos

E. INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Nombre completo (Apellidos y Nombres)

ID.

Cédula

RUC

Pspt.

Teléfono celular / fijo

Correo electrónico

¿Separación
de bienes?
 SI NO

Nacionalidad

Dirección domicilio

Actividad Económica

Empresa o negocio en la que trabaja

Persona de contacto (negocio o empleador)

Teléfono de contacto 1

Teléfono de contacto 2

Correo electrónico laboral

F. INFORMACIÓN ECONÓMICA

ACTIVOS

Disponibles/Bancos

Letras / Doc. Por Cobrar Comerciales

Propiedades (Detallar adelante)

Acciones (Detallar adelante)

Muebles y Enseres

Otros Activos (Detallar adelante)

TOTAL ACTIVOS

INGRESOS NETOS / MES

Sueldos

Dividendos

Ventas

Servicios

Comisiones

Otros (Especificar)

TOTAL INGRESOS

PASIVOS

Deudas a Terceros

Deudas Bancarias Largo Plazo

Deudas Hipotecarias

Otras Cuentas por Pagar

TOTAL PASIVOS

EGRESOS Y GASTOS NETOS / MES

Gastos Generales

Gastos Familiares

Gastos Financieros

Gastos de Ventas

Gastos de Producción

Gastos Administrativos

Otros

TOTAL EGRESOS

G. PATRIMONIO**DETALLE DE PROPIEDADES**

Descripción	Años	Valor Comercial

DETALLE VEHÍCULOS

Descripción	Año	Valor Comercial

DETALLE DE ACCIONES

Descripción	Cantidad	Valor Nóminal	Valor Comercial

DETALLE DE OTROS ACTIVOS

Descripción	Valor Nóminal	Valor Comercial

CUENTAS BANCARIAS

Banco	Cta. Corriente	Cta. Ahorros

TARJETAS DE CRÉDITO

Institución Emisora	Marca de Tarjeta	No. tarjeta

H. REFERENCIAS PERSONALES

Nombres completos	Telefono fijo	Celular	Correo electrónico

I. REFERENCIAS FAMILIARES

Nombres completos	Parentesco	Telefono fijo	Celular	Correo electrónico

J. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombres completos / Empresa	Valor	Telefonos	Correo electrónico

K. DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero?

SI NO

SI RESPONDIÓ "SI" EN LA PREGUNTA ANTERIOR, INDIQUE LO SIGUIENTE:

Rango jerárquico que desempeña o desempeñó	Cargo	Institución	Fecha desde:	Fecha hasta:

¿Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/nietos) o 1er. de afinidad (cónyuge)?

SI NO

¿Usted trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

SI NO

En caso de ser familiar; colaborar o empleado de un PEP, indicar la relación:

Nombres y Apellidos del PEP:	Cargo del PEP:	Institución en la que trabaja o trabajó el PEP

L. ACEPTACIÓN DE COMPROBANTES ELECTRÓNICOS

Queda convenido mediante mi firma física, electrónica, digital en este formulario o aceptación expresa a los términos y condiciones en cualquier plataforma habilitada por CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, que acepto y doy mi consentimiento para que CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS envíe los comprobantes electrónicos emitidos a mi nombre o de mi representada, a la dirección de correo electrónico proporcionada en este documento o en los medios dispuestos para ello.

M. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

CONSTITUCION C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus clientes, la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos protección de estos. En este sentido, como Cliente, Asegurado, Solicitante y/o beneficiario de una póliza de seguro autorizo a CONSTITUCION C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, para tratar mis datos personales y los de mi representada, con la finalidad de que los datos sean utilizados para brindar el servicio del o los seguros contratado (s), garantizando el cumplimiento de la norma vigentes y la protección de sus datos personales.

N. DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS

Declaro que los bienes y/o fondos que se entregarán a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS tienen origen lícito, no provienen ni provendrán y no están ni estarán relacionados directa o indirectamente con actos tipificados como delitos o prohibidos por la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y por la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y en general cualquier actividad considerada como ilícita por la Legislación Ecuatoriana. Nuestra actividad económica o de la que se percibe los fondos son permitidas por la ley y no son operaciones / transacciones económicas inusuales e injustificadas acorde a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

La información proporcionada en este documento es veraz, completa y fidedigna y, se autoriza expresamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS para que acceda a la información con fines análogos de mis referencias y en general sobre el cumplimiento de mis / nuestras obligaciones y demás activos, pasivos y datos personales.

CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS queda autorizada para utilizar, transferir y entregar la información a autoridades competentes y organismos de control en caso de que fuera requerido, al igual que a realizar la comprobación de estas declaraciones eximiéndola de toda responsabilidad de cualquier naturaleza, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones fuesen falsas y erróneas. En caso de cualquier cambio a la información arriba expuesta, nos comprometemos a informar de manera inmediata a la aseguradora.

O. AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo(amos) expresa e indefinidamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos y Burós de Información Crediticia autorizados para operar en el país, mis(nuestras) referencias personales y/o patrimoniales anteriores o posteriores a la suscripción de esta autorización, sea como deudor principal, codeudor o garante, sobre mi(nuestro) comportamiento crediticio, manejo de mi(s)(nuestras) cuenta(s), corriente(s), de ahorro, tarjetas de crédito, etc., y en general al cumplimiento de mis(nuestras) obligaciones y demás activos, pasivos, datos personales y/o patrimoniales, aplicables para uno o más de los servicios y productos que brindan las Instituciones del Sistema Financiero y Comercial, según corresponda.

Faculto(amos) expresamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, para transferir o entregar dicha información, referente a la presente operación crediticia, contingente y/o cualquier otro compromiso crediticio que mantenga(mos), sea como deudor principal, codeudor o garante, con CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a todos los Burós de Información Crediticia autorizados para operar en el país, a autoridades competentes y organismos de control, así como a otras instituciones o personas jurídicas legalmente facultadas. En caso de cesión, transferencia, titularización o cualquier otra forma de transferencia de la presente operación crediticia, contingente y/o cualquier otro compromiso crediticio que mantenga(mos), sea como deudor principal, codeudor o garante, con CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, la persona natural o jurídica cesionaria o adquirente de dicha obligación queda desde ya expresamente facultada para realizar las mismas actividades establecidas en los dos párrafos precedentes.

Reconozco que los datos obtenidos en cualquier central de información crediticia; así como, aquellos proporcionados por mí en el formulario de calificación que he presentado, serán verificados y sometidos a la evaluación respectiva, por lo que será potestad exclusiva de la Compañía de Seguros la aprobación o negación de la solicitud realizada, sin que esto de lugar a reclamo alguno de mi parte.

Declaro y Certifico que los datos que anteceden son Verídicos.

P. FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

FIRMA DEL CLIENTE

C.C./RUC/PSP:

CIUDAD FECHA

Q. PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

OBSERVACIONES

REVISADO POR:

FECHA DE RECEPCIÓN / REVISIÓN:

FIRMA DEL COLABORADOR

* He revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el Cliente o Contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente" y demás políticas aplicables, incluyendo que la firma del Cliente corresponda a la de su documentos de identificación.
* He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "conozca a su cliente y he verificado el riesgo del cliente o contratante.

