

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

Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos
y del Financiamiento de Delitos



TIPO DE SEGURO NUEVORENOVACIÓN	RAMOS VIDA GENERALES	TOTAL SUMAS ASEGURADAS
DESCRIPCIÓN DE(L)(LOS) SEGURO(S) A QUE APLICA		
1. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO		
APELLIDOS		NOMBRES
		No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)
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 DEL ASEGURADO (Si aplica)		
APELLIDOS		NOMBRES
		No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)
3. DIRECCIÓN DEL DOMICILIO O RESIDENCIA DEL ASEGURADO		
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. ACTIVIDAD ECONÓMICA		
FUENTE DE INGRESOS Es dependiente ___ salario ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___ Independiente ___ Ventas ___ Rentas ___ Otros ___ (especifique) _____	SECTOR DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Agrícola ___ Producción ___ Turismo ___ Ganadero ___ Construcción ___ Pesca ___ Transporte ___ Comercio ___ Servicios ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___ Otros (especifique) _____	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL LUGAR DE TRABAJO
		PROFESIÓN
NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO	FECHA DE INGRESO/INICIO ACTIVIDAD	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 \$ 2.001,00 a \$ 3.000,00 () De \$ 4.001,00 en adelante (especificar) \$ _____	GASTOS	OTROS ING. MENS.
	De \$ 1.001,00 a \$ 2.000,00 () De \$ 3.001,00 a \$ 4.000,00 ()	
TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	PATRIMONIO
(si usted declara que tiene otros ingresos, por favor descríbalos a continuación)		
Descripción de otros ingresos: _____		
6. REFERENCIAS FAMILIARES (Por favor, describa los datos de un familiar que no viva con usted)		
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, BENEFICIARIO

Llenar este espacio cuando el contratante, asegurado y beneficiario no sean la misma persona o desea factura a nombre de otro

No. IDENTIFICACIÓN <small>(Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)</small>	APELLIDOS	NOMBRES	TIPO DE SUJETOS Contratante _____ Beneficiario _____
---	------------------	----------------	---

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

TELEFONOS	CELULAR	RELACIÓN CON EL ASEGURADO O BENEFICIARIO	E-MAIL
------------------	----------------	---	---------------

FUENTE DE INGRESOS Es dependiente ____ salario ____ Ama de casa ____ Jubilado ____ Estudiante ____ Independiente ____ Ventas ____ Rentas ____ Otros ____ <small>(especifique)</small>	ACTIVIDAD ECONÓMICA Agrícola ____ Producción ____ Turismo ____ Ganadero ____ Construcción ____ Pesca ____ Transporte ____ Comercio ____ Servicios ____ Ama de casa ____ Jubilado ____ Estudiante ____ Otros (especifique) _____	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL LUGAR DE TRABAJO PROFESIÓN
---	---	---

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

INGRESOS MENSUALES
De \$0,00 a \$1.000,00 () De \$ 1.001,00 a \$ 2.000,00 () De \$ 4.001,00 en adelante (especificar) \$ _____
De \$ 2.001,00 a \$ 3.000,00 () De \$ 3.001,00 a \$ 4.000,00 () **ACTIVOS** _____ **PASIVOS:** _____

DIRECCIÓN DE LUGAR DE TRABAJO: (Calle principal, intersección, número) _____

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

9.- ACEPTACIÓN DEL CLIENTE

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.

2. Declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Latina Seguros C.A., por la (las) prima (s) de las póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.

3. Conocedor (es) de la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Latina Seguros 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 C.A., sus funcionarios y autoridades.

4. ¿Usted, su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos desempeñan o han desempeñado funciones públicas en el último año? Si ____ No ____
En caso de ser afirmativa su respuesta por favor especifique su relación con la persona expuesta políticamente y el cargo dentro del sector público.

10.- DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Copias del documento de identificación del solicitante y su cónyuge (si aplica)
2. Copia de la papeleta de votación
3. Copia de un recibo de cualquier servicio básico
4. Copia del pago del Impuesto a la Renta, si la suma asegurada es mayor o igual a \$50,000.00

11.- FIRMA DEL CLIENTE

Yo, _____, señalo que las razones por las cuales no puedo suministrar la información total o parcial del asegurado, contratante 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 DE LATINA SEGUROS C.A.

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". Se ha revisado en listas de Información reservada nacionales e internacionales: Si No ____ Coincidencias: Si ____ No ____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

