

# 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



<b>TIPO DE SEGURO</b> NUEVO/RENOVACIÓN	<b>RAMOS</b> VIDA GENERALES	<b>TOTAL SUMAS ASEGURADAS</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE(L)(LOS) SEGURO(S) A QUE APLICA</b>		
<b>1. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>		
<b>APELLIDOS</b>		<b>NOMBRES</b>
		<b>No. IDENTIFICACIÓN</b> (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> Año ___ Mes ___ Día ___	<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b> F ___ M ___
<b>ESTADO CIVIL</b> Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Unión Libre ___ Viudo(a) ___		
<b>2. DATOS PERSONALES DE(L) (LA) CÓNYUGE DEL ASEGURADO (Si aplica)</b>		
<b>APELLIDOS</b>		<b>NOMBRES</b>
		<b>No. IDENTIFICACIÓN</b> (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)
<b>3. DIRECCIÓN DEL DOMICILIO O RESIDENCIA DEL ASEGURADO</b>		
<b>PAIS</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTÓN</b>
		<b>CIUDAD</b>
		<b>PARROQUIA</b>
		<b>SECTOR</b>
<b>DIRECCIÓN:</b> (Calle principal, intersección, número de casa o lote)		
<b>TELEFONOS</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL DE NOTIFICACIÓN (ASEGURADO)</b>
<b>TIPO DE VIVIENDA</b> PROPIA ___ ARRENDADA ___ VIVE CON FAMILIARES ___ ANTICRESES ___ OTRA ___		
<b>4. ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>		
<b>FUENTE DE INGRESOS</b> Es dependiente ___ salario ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___ Independiente ___ Ventas ___ Rentas ___ Otros ___ (especifique) _____	<b>SECTOR DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA</b> Agrícola ___ Producción ___ Turismo ___ Ganadero ___ Construcción ___ Pesca ___ Transporte ___ Comercio ___ Servicios ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___ Otros (especifique) _____	<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL LUGAR DE TRABAJO</b>
		<b>PROFESIÓN</b>
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO</b>	<b>FECHA DE INGRESO/INICIO ACTIVIDAD</b>	<b>CARGO</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTÓN</b>	<b>CIUDAD</b>
		<b>PARROQUIA</b>
		<b>SECTOR</b>
<b>DIRECCIÓN:</b> (Calle principal, intersección, número de casa o lote)		
<b>TELEFONOS</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL DE NOTIFICACIÓN (ASEGURADO)</b>
<b>5. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>		
<b>INGRESOS MENSUALES</b> De \$0,00 a \$1.000,00 ( ) De \$ 2.001,00 a \$ 3.000,00 ( ) De \$ 4.001,00 en adelante (especificar) \$ _____	<b>GASTOS</b>	<b>OTROS ING. MENS.</b>
	De \$ 1.001,00 a \$ 2.000,00 ( ) De \$ 3.001,00 a \$ 4.000,00 ( )	
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	<b>TOTAL PASIVOS</b>	<b>PATRIMONIO</b>
(si usted declara que tiene otros ingresos, por favor descríbalos a continuación)		
<b>Descripción de otros ingresos:</b> _____		
<b>6. REFERENCIAS FAMILIARES (Por favor, describa los datos de un familiar que no viva con usted)</b>		
<b>NOMBRE DE REFERENCIA</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
		<b>TELÉFONO</b>
<b>7. REFERENCIAS BANCARIAS Y/O COMERCIALES</b>		
<b>CUENTAS BANCARIAS</b>		<b>TARJETAS DE CRÉDITO</b>
<b>TIPO DE CUENTA</b> Ahorros Corriente	<b>No. CUENTA</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
		<b>No. TARJETA</b>
		<b>EMISOR</b>

**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

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

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

<b>TELEFONOS</b>	<b>CELULAR</b>	<b>RELACIÓN CON EL ASEGURADO O BENEFICIARIO</b>	<b>E-MAIL</b>
------------------	----------------	---	---------------

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

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

<b>INGRESOS MENSUALES</b> 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)

<b>TELEFONOS</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL</b>
------------------	----------------	---------------

**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 legibles del documento de identificación del solicitante y su cónyuge (si aplica)
2. Copia legible de la papeleta de votación
3. Copia legible de un recibo de cualquier servicio básico actualizado.
4. Copia legible del pago del Impuesto a la Renta del año anterior, 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. En caso de cambio de dirección domiciliaria, electrónica, número telefónico debe comunicar a Latina Seguros C.A. en un plazo de 8 días.

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_