

Código de	
asegurado	

## FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Art. 14. Resolución JB-2012-2147 y posteriores reformas, Superintendencia de Bancos.

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

Datos de la Relación Comercial				
Coguro al guo apli	ca:			
seguio ai que apin	са			
Póliza nueva 🔘	Renovación (			
	In	ormación del Contratante - Solicitante - Asegurado		
Apellidos:		Tipo de Identificación: C.I. O PAS. O Ot	ro O	
Nombre(s):		Número de Identificación: U		
Fecha de Nacimier	nto: dd/mm/aa	País de Nacimiento:		
		Estado Civil: Soltero Casado Divorciado O.L.Lib	Estado Civil: Soltero O Casado O Divorciado O U Libre O Viudo O	
		Cantón/Ciudad:		
Teléfono Domicilio	o: Celulai	Correo Electrónico:		
Indique si tiene	vínculo con alguno d	los siguientes:		
Asegurado 🔘	Afianzado	O Beneficiario O Todas las anteriores O	Ninguno 🔘	
Tipo de vínculo (de	e ser aplicable):			
Es funcionario <sub>l</sub>	público*: Sí No	Indique el cargo:		
*En caso de tener i	una respuesta positiva, deb	erá llenar la declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente (Ane	xo1).	
	,			
		Actividad Económica		
Dates de Activie	dad Económica/Ocupac	ón/Nogosio		
Daios de Activid	ada Economica/Ocupac	on/Negocio		
Profesión/Ocupaci	ión:	Nombre de la Empresa:		
		·		
Cargo:		Actividad de la Empresa:		
Taláfanas		Carran Flactuánica.		
reieionos:		Correo Electrónico:		
Dirección de la Em	npresa:			
Nivel de ingres	os mensuales	Ingresos Adicionales		
Valor	Marque con una x	En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad econór	nica principal indicar:	
0 - 350	$\bigcirc$	Monto USD: Fuente:		
351 - 750	$\bigcirc$			
751 - 1.500	$\bigcirc$	Situación Financiera	a mana ( / / )	
1.501 - 3.000	$\bigcirc$	Por favor colocar los valores en números, <b>en caso de no poseer valore</b>	s, poner u (cero).	
3.001 - 5.000	$\bigcirc$	Total Activos: Total Pasivos:		
5.001 - 10.000 10.001 - en adelant			1/3	

## Información del Cónyuge o Conviviente Información Cónyuge C.I. PAS. Otro ( ) Apellidos: \_\_\_ Tipo de Identificación: Nombre(s): \_\_\_ Referencias Referencias Personales Referencias Comerciales Referencias Bancarias/Tarjeta de Crédito Nombre Parentesco Teléfono **Entidad** Teléfono Institución Financiera Tipo Justificación por no obtención de Datos (Art. 14, párrafo 3) 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 AIG-Metropolitana emita la(s) pólizas(s) y el cliente no hubiere proporcionado la información solicitada, se procederá de acuerdo con la ley, a notificar a la Unidad de Análisis financiero (UAF) como un hecho inusual. Declaraciones y Autorizaciones Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y ha sido proporcionada de forma confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a AIG-Metropolitana Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. (AIG-Metropolitana) cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía, me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada. Declaro libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a AIG-Metropolitana, ampara bienes de procedencia lícita y que no están ligados con actividades de narcotráfico, lavado de activos o financiamiento de delitos. Igualmente declaro que los fondos con los cuales pagaré la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades antes mencionadas. Autorización: Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el lavado de activos, narcotráfico y financiamiento de delitos autorizo expresamente en forma libre voluntaria e irrevocable a AIG-Metropolitana, 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 expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a AIG-Metropolitana toda la información que esta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario. Autorizo a AIG-Metropolitana, a sus filiales, pares, subsidiarias, relacionadas y proveedores a que puedan: recolectar, digitalizar, archivar, procesar y mantener mi información conforme su Política de Privacidad disponible en su sitio web: www.aig.com.ec, la que declaro conocer.

Con la firma del presente documento ratifico que el Corredor/Ejecutivo, con quien firmo el presente documento, es mi asesor de seguros designado.

Firma del Cliente

C.I.

Fecha (dd/mm/aa)

2/3

## \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_ Nombre o Razón Social: 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 Bancos 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. Fecha (dd/mm/aa) Nombre Firma Documentos a ser solicitados **PRESENTA** - Cédula de ciudadanía, cédula de identidad, documento de identificación de refugiado o pasaporte vigente; y de ser aplicable el (SÍ / NO) certificado de votación o certificado de empadronamiento (censo). - 00 - Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos (de ser aplicable).

- Confirmación del pago al impuesto a la renta (revisar página del SRI).

- Copia del documento de Identificación del cónyuge o conviviente (de ser aplicable).

Datos del Corredor/Ejecutivo AIG-Metropolitana