

FORMULARIO SIMPLIFICADO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)
Aplica única y exclusivamente cuando la suma asegurada acumulada anual sea inferior a us\$30,000)

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas
 Tipo de seguro (Ramo): _____ Nuevo Renovación Total Suma Asegurada: USD. _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos:		Tipo de ID:	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
Nombres:		Número de ID:	_____
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección	Domicilio:		Barrio/sector:
	Provincia:	cantón	Parroquia:
Teléfonos	domicilio:	Celular:	Fax:
Mail para recibir Factura Electrónica:		Mail para recibir el Formulario de Retención	Persona de Contacto (Nombre y Apellido)

DATOS DE ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN/NEGOCIOS

Empleado privado <input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____			
Nombre o Razón Social Lugar de trabajo		Actividad Económica	Cargo que desempeña
Dirección trabajo	Dirección:	Teléfono:	ciudad: País:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD _____			
*En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar:			
*Detalle de ingresos mensuales USD _____ *Fuente de los otros ingresos: _____			

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
----------------------	-------------------	-------------------	-------------

EMISIÓN DE FACTURA

Solicitante: <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
Si escogió opción OTRO llenar:	C.I /RUC No.	Teléfono:	
Nombre / Razón social:			
Dirección	Relación con el Solicitante:		

INFORMACIÓN ADICIONAL

*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:			
Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR <input type="checkbox"/> BROKER <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> Especifique _____			

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)

- Copia de cédula o documento de identidad (copia del pasaporte o equivalente para casos de extranjeros)
- Copia del certificado de votación de ser aplicable.

DECLARACIÓN

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado. Así mismo conozco y acepto que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado, y a proveer la documentación e información que me sea solicitada. Además declaro que el origen de fondos, bienes y productos que son asegurados, ni los que reciba producto de un siniestro, provienen ni serán utilizados en el delito de lavado de activos y financiamiento de delitos.

DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente). Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI _____ NO _____ desempeñamos o hemos desempeñados funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador ;Secretario Nacional o cualquier dignidad elegida por voto popular, etc. O que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional. **Si la respuesta es si, favor llenar formulario de PEP'S otorgado por la compañía.**

AUTORIZACION

Análisis y verificación de datos

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Generali 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 e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A toda la información que ésta les requiera y autorizo revisar en los buró de crédito mi información.

Datos personales y privacidad

Con el objetivo de preservar ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambien durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro.

Eximo a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea

Firma del Solicitante _____ C.I _____ Lugar y Fecha _____

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BROKER)

Nombre o Razón social: _____

Nombre del ejecutivo encargado: _____

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa Vigente; emitida por el Organismo de Control y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido revisada correctamente. Además se confirma que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma del Responsable _____

C.I. _____

Lugar y Fecha _____

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Confirmo que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo.

Nombre del Ejecutivo encargado: _____

Lugar y Fecha _____

Firma del ejecutivo _____