

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES " PERSONAS NATURALES "

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Suma Asegurada: USD _____ Cliente nuevo: Si No Fecha: _____
dd / mm / aaaa

DATOS PERSONA NATURAL

Nombres Completos: _____ Apellidos Completos: _____
C.I.: C.C.: Pasaporte: Nro.: _____ Nacionalidad: _____
Estado civil: Soltero/a Unión de Hecho: Casado/a: Divorciado/a: Viudo/a:
Ciudad y país del domicilio: _____ Dirección del domicilio: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____
Propósito de la relación comercial (Ramo que contrata): _____

DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Independiente: Empleado privado: Empleado público: Jubilado: Estudiante: Otro: _____
Cargo que desempeña _____ Lugar de trabajo: _____
Dirección del lugar de trabajo: _____

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO (DE SER APLICABLE)

Nombres y apellidos: _____
C.I.: C.C.: Pasaporte: Nro.: _____ Nacionalidad: _____

SITUACIÓN FINANCIERA: TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS

Ingresos Mensuales _____ Activos \$ _____
Otros ingresos _____ Pasivos \$ _____
Egresos _____ A-P= Patrimonio _____
V/Neto ingresos - egresos _____

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL SOLICITANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO Y PAGADOR

Es usted el asegurado de la póliza? Si No
Es usted el solicitante de la póliza? Si No Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:
Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____
Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____
Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Relación: _____
Es usted el beneficiario de la póliza? Si No Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:
Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____
Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____
Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Relación: _____
Es usted el pagador de la póliza? Si No Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:
Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____
Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____
Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Relación: _____
Usted trabaja o trabajó (hasta un año atrás) en alguna institución del sector público
Si No Cargo que desempeñaba: _____
Algún miembro de su familia hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos), o primer grado de afinidad (cónyuge),
trabaja en el sector público Si No Parentesco: _____ Cargo que desempeña o desempeñó: _____
Tiene algún familiar que labore en ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.: Si No Cargo que desempeña: _____
Parentesco: _____ Nombres Completos: _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro bajo juramento que:

1. los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
2. la información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente por la vía idónea que me sea requerida;
3. los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con Zurich Seguros Ecuador S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

De manera irrevocable autorizo a Zurich Seguros Ecuador S.A., con la que mantengo una relación comercial vigente, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos. 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 y será utilizada por la Compañía en cumplimiento de la emisión de las pólizas contratadas.

Firma del cliente

INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS O AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS

Nombre o razón social: _____

C.I. o RUC _____

Nombre del representante legal: _____

Firma del agente o representante legal de la agencia

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

1. Copia del documento de identificación y de ser aplicable el certificado de votación o certificado de empadronamiento y, de ser aplicable el de su cónyuge o conviviente.
2. Copia de un recibo de cualquiera de los servicios básicos.
3. Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable. (aplicable obligatoriamente solo si la sumatoria de sumas aseguradas supera los USD \$50,000)
4. Referencias personales, bancarias o comerciales. (Aplicable obligatoriamente si la sumatoria de sumas aseguradas supera los USD \$200,000)