

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

## Persona Natural

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada de manera exclusiva de Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.

Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de solicitud:  Nueva  Renovación

### TIPO DE SEGURO

#### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE / ASEGURADO

Apellidos y nombres:

Lugar Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación:  C.C  Pasaporte  Visa V12 N° de Identificación \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN EXTRANJEROS Fecha expedición del pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento de pasaporte: \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad de Residencia: \_\_\_\_\_ Fecha Ingreso al País: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  Unión de Hecho  Viudo  Sexo:  F  M

Dirección Domicilio: Calle Principal: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Transversal: \_\_\_\_\_ Sector/Barrio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL CÓNYUGE

Nombres completos cónyuge o conviviente:

Lugar Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación:  C.C  Pasaporte  Visa V12 N° de Identificación \_\_\_\_\_

#### ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Privado  Empleado Público  Independiente  Otro Profesión: \_\_\_\_\_

Empresa en la que trabaja: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Dirección Trabajo: Calle Principal: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Transversal: \_\_\_\_\_ Sector/Barrio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN FINANCIERA

Detalle sus Ingresos Mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo a los siguientes rangos:

De 0 a 600  De 601 a 1000  De 1001 a 2000  De 2001 a 3000  De 3001 a 4000  De 4001 a 5000  >=5001

Total Egresos: USD \_\_\_\_\_ Otros Ingresos: USD \_\_\_\_\_ Detalle la fuente de otros Ingresos: \_\_\_\_\_

Total Activos: USD \_\_\_\_\_ Total Pasivos: USD \_\_\_\_\_ Patrimonio (Activos-Pasivos): USD \_\_\_\_\_

#### PROPÓSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL (para uso de comercial o asesor productor)

Accidentes Personales  Vida  Asistencia Médica Valor Asegurado: USD \_\_\_\_\_

#### DATOS DE VINCULACIÓN (para uso de comercial o asesor productor)

Señale si usted es:  Solicitante  Asegurado  Beneficiario

Indique los vínculos existentes entre:

Solicitante - Asegurado  Familiar  Comercial  Laboral  Ninguno  Otro Cuál: \_\_\_\_\_

Solicitante - Beneficiario  Familiar  Comercial  Laboral  Ninguno  Otro Cuál: \_\_\_\_\_

Asegurado - Beneficiario  Familiar  Comercial  Laboral  Ninguno  Otro Cuál: \_\_\_\_\_

#### REFERENCIAS (obligatorio si la suma asegurada acumulada supera los USD200.000)

Referencia Personal: Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### Referencia Comercial:

Entidad \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Referencia Bancaria:**

Institución Financiera

Tipo de Cuenta/Tarjeta

Número de Cuenta/Tarjeta

**DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**Declaración de Licitud de Fondos:** Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la "Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos". Igualmente, declaro libre y voluntariamente que el seguro solicitado a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., ampara bienes de procedencia lícita.

**Declaración de Licitud de información:** Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable, so pena de perjurio y disposiciones legales pertinentes. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

**Autorización:** Autorizo a Pan-American Life de 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. Así mismo autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas corporativas.

Cédula Identidad:            - \_\_\_\_\_  
Firma del Contratante La firma debe ser igual a la que consta en el documento de identidad**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

Nombre o Razón Social:

N° de Credencial:

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 Compañías, Valores 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Corredor**JUSTIFICACIÓN POR NO ENTREGA DE INFORMACIÓN**

**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 Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. emita la (s) póliza (s) y el cliente no hubiere proporcionado la información solicitada, se procederá de acuerdo con la ley, a notificar a la Unidad de Análisis Económico y Financiero (UAFE) como un hecho inusual.

**DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA**

Declaro bajo juramento que SI \_\_\_ NO \_\_\_ me encuentro ejerciendo o ejercí funciones públicas en el Ecuador o en el Extranjero en los dos últimos 2 años.

En caso de haber sido funcionario público dentro del periodo indicado, señale el cargo y la institución:

En caso de que su cónyuge, hijos, padres, hermanos, sea actualmente funcionario público, señale el cargo e institución donde trabaja:

\*En caso de ser positiva su respuesta, deberá llenar la declaración sobre la condición de persona políticamente expuesta (anexo 1).

**USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

Se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Revisión de listas: SI

Confirmación del pago del impuesto a la Renta generado de la página del SRI: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario

## DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC (Si es independiente)

Copia del documento de identificación (cédula o pasaporte)

Copia del documento de identificación del cónyuge (de ser aplicable)

Copia de un recibo de servicio básico (máximo 3 meses atrás)

Copia de pago de impuesto a la renta del año inmediato anterior y declaración de impuesto a la renta del año anterior