

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN CONOZCA A SU CLIENTE****PERSONA NATURAL**

INICIO Y RENOVACIÓN DE LA RELACIÓN COMERCIAL

F.CC.01

Esta información es de estricta CONFIDENCIALIDAD, la misma que será utilizada por Sweaden,S.A. para la emisión o renovación de sus pólizas

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo de Identificación: CI: Pasaporte: ID Refugiado: Número de Identificación:

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Nacionalidad:

Dirección:
* Debe coincidir con la planilla de servicio básico entregada

Residencia: País: Ciudad: Dirección de correo electrónico:

Estado Civil: Soltero: Casado: Divorciado: Viudo: Unión Libre: Disolución Conyugal **DATOS DEL CÓNYUGE**

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo de Identificación: CI: Pasaporte: ID Refugiado: Número de Identificación:**DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP'S)**

Persona Expuesta Políticamente: Quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior. También se considera PEP al cónyuge, conviviente o pariente que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o un colaborador cercano.

Declaro bajo juramento que me encuentro ejerciendo o ejercí funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el Extranjero en los últimos dos años.

Es usted una Persona Expuesta Políticamente: SI NO

Nombre de la Institución:

Cargo: Fecha de nombramiento: Fecha de culminación
En caso de no estar en funciones:Tiene algún familiar colaborador cercano que sea considerad@ una Persona Expuesta Políticamente: SI NO **DATOS OCUPACIONALES O ACTIVIDAD ECONOMICA**Empleado Privado Empleado Público Negocio Propio Jubilado Estudiante Ama de Casa Otros:

Nombre de la empresa donde trabaja: Actividad Económica de la Empresa o Giro del Negocio:

Cargo:

INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERAIngresos mensuales: \$ ¿Tiene otros ingresos que no provienen de su actividad económica principal? SI NO Otros Ingresos: \$ Origen de otros de ingresos (este campo es obligatorio)**SITUACIÓN FINANCIERA CUANDO EL MONTO ASEGURADO SEA ENTRE \$ 50. 000,00 y \$ 200.000,00**Activos: Pasivos: Patrimonio: **CUANDO EL MONTO ASEGURADO SEA MAYOR A \$ 200.000,00****REFERENCIAS PERSONALES****REFERENCIAS COMERCIALES**

Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Teléfono

REFERENCIAS BANCARIAS Nombre de la Institución Financiera: Producto: (Cuenta/ Tarjeta de crédito, otros)

DATOS DE VINCULACIÓN CON EL ASEGURADO

Relacionados	Parentesco	Cédula	Nombres Completos
Solicitante			
Beneficiario			

PROPOSITO DE LA RELACION COMERCIALMarque con un Visto o una "X". Éste formulario se aplica para? INICIO DE LA RELACION COMERCIAL RENOVACION **DECLARACION DE INFORMACION Y LICITUD DE FONDOS**

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa, proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de manera oportuna a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. cualquier cambio de la información proporcionada.

CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJUICIO, DECLARO QUE TANTO MI ACTIVIDAD ECONOMICA, PROFESIÓN Y LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE ORIGEN LICITO.

AUTORIZACION

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA LA PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA E IRREVOCABLE A SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASÍ COMO A PROPORCIONAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES MI INFORMACIÓN SI ASÍ LO REQUIEREN, ASÍ MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

OBSERVACIONES

Firma del Cliente

____/____/____
Fecha dd/mm/aa**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

En cumplimiento Normativo "Si la Contratación de los productos ofrecidos por las empresas de seguros se realiza por intermedio de los Asesores Productores de Seguros, éstos serán responsables de la recopilación de la información y de documentación, que deberá realizarse en los formularios de inicio de relación comercial previstos por la empresa de seguros, obligación que constará en los contratos de agenciamiento"

NOMBRE O RAZON SOCIAL

CREDENCIAL

--	--

Asesor Productor de Seguros

____/____/____
Fecha dd/mm/aa

Nombre Asesor / Ejecutivo:

INFORMACION Y DOCUMENTACION A SOLICITAR

REQUISITOS PARA: personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea igual o inferior a US\$ 50.000,00

- 1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos.
- 2.- Copias de los documentos de identificación del cliente y su cónyuge, pasaporte vigente de ser aplicable.
- 3.-Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable.

REQUISITOS PARA: personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea superior a \$50.000,00 e inferior a \$ 200.000,00

- 1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos.
- 2.-Copias de los documentos de identificación del cliente y su cónyuge, pasaporte vigente de ser aplicable.
- 3.-Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable.
- 4.-Copia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior, o constancia de información publicada por el servicio de rentas a través de la pagina web

REQUISITOS PARA: personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea mayor a \$ 200.000,00 .

- 1.-Formulario de vinculación con los datos requeridos
- 2.- Copias de los documentos de identificación del cliente y su cónyuge, pasaporte vigente de ser aplicable.
- 3.-Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable.
- 4.-Copia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior, o constancia de información publicada por el servicio de rentas a través de la pagina web
- 5.- Referencias personales, bancarias, y comerciales.

USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente". PERSONA NATURAL

Asesor / Ejecutivo

Aprobado por:

_____/_____/_____
Fecha