

<b>FORMULARIO SIMPLIFICADO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)</b> <b>Aplica única y exclusivamente cuando la suma asegurada acumulada anual sea inferior a us\$30,000</b>				
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 <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>		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: _____
<b>Dirección</b>	Domicilio: _____		Barrio/sector: _____	
	Provincia: _____ cantón _____		Parroquia: _____	
<b>Teléfonos</b>	domicilio: _____		Fax: _____	
	Celular: _____		E-mail: _____	
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 _____
Dirección trabajo _____		Dirección: _____		Teléfono: _____
		ciudad: _____		País: _____
INFORMACIÓN FINANCIERA				
Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD _____				
<b>*En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar:</b>				
*Detalle de ingresos mensuales USD _____		*Fuente de los otros ingresos: _____		
<b>Situación Financiera</b>	<b>Total de Activos:</b> _____		<b>Total de Pasivos:</b> _____	
	<b>Patrimonio:</b> _____			
EMISIÓN DE FACTURA				
Solicitante: <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
<b>Si escogió opción OTRO llenar:</b>		C.I /RUC No. _____		Teléfono: _____
Nombre/ Razón social: _____		Relación con el Solicitante: _____		
Dirección _____				
INFORMACIÓN ADICIONAL				
<b>*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:</b>				
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, financiamiento del terrorismo y otros delitos.				
<b>DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente).</b> - Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI ___ NO ___ desempeñamos o hemos desempeñado 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. <b>Si la respuesta es sí, favor llenar formulario de PEPS otorgado por la compañía.</b>				
<b>AUTORIZACION</b> <b>Análisis y verificación de datos</b> 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.				
<b>Datos personales y privacidad</b> 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				
_____		C.I _____		Lugar y Fecha _____
Firma del Solicitante				

**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.

\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

**SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

Confirmando 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