

**FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS" (Persona Natural)**

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la relación comercial.

 Reasegurador  Coasegurador  Intermediario de Reaseguro  Asesor Productor de seguros  Perito de seguros  Proveedor 
**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS**

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input type="text"/>	
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:	ciudad:
	Provincia:	cantón	Parroquia:
<b>Teléfonos</b>	domicilio:	Celular:	Fax:
			E-mail:
<b>Cónyuge ó conviviente</b>	Apellidos:	Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
	Nombres:	Número de ID: <input type="text"/>	

**DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN/NEGOCIOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS**

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
<b>Dirección de trabajo</b>	Dirección:	Barrio/Sector:	ciudad:
	Correo electrónico:	teléfono:	Fax:
			País:

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD <input type="text"/>	
*En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar:	
*Detalle de ingresos mensuales USD <input type="text"/>	*Fuente de los otros ingresos: _____
<b>Situación Financiera</b>	<b>Total de Activos:</b> <input type="text"/>
	<b>Total de Pasivos:</b> <input type="text"/>
	<b>Patrimonio:</b> <input type="text"/>

**REFERENCIAS**

Referencia Personales			Referencias comerciales		Referencias Bancarias	
Nombre y Apellido	Parentesco	teléfono	Tarjeta	Inst. Financiera	Tipo cta. Ahorro /corriente	Inst. Financiera

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

 \*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:  
 Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ FAMILIAR  BROKER  OTROS  Especifique \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)**

- Copia de cédula o documento de identidad (copia del pasaporte o equivalente para casos de extranjeros)
- Copia de certificado de votación de ser aplicable,
- Copia de 1 planilla de servicios básicos
- Copia de cédula o documento de identidad del cónyuge o conviviente de ser aplicable.
- 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.
- Permiso de funcionamiento otorgado por la SCVS

**FAVOR RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO (EXCEPTO PARA PROVEEDORES)**

a) Dispone de procedimientos o controles para prevenir el lavado de activos que incluya:	SI/NO/NA	Justifique si su respuesta es No o NA
Guías para el conocimiento de clientes		
Guías para la creación y conservación de registros de clientes		
Revisión independiente de su programa de Prevención		
Programa de capacitación interno		
Procesos de debida diligencia		
Monitoreo de las operaciones de sus clientes		
Reporte o respuestas a autoridades competentes		
Un Código de Ética		
Guías para relacionarse con PEPs (Personas expuesta públicamente o personas de alta injerencia política)		
<b>b) Ud. está regido por leyes/normas legales para prevenir el lavado de activos?</b>		
<b>c) Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?</b>		

**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 y destino de todos mis fondos, bienes y productos tienen origen y propósito lícito y no provienen ni serán utilizados en el delito de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros 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 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. **Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEPS 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 objeto 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 Prestador de servicios 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 Prestador de servicios 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 relación comercial.

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 Prestador de Servicios de Seguros

C.I \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_