

FORMULARIO DE VINCULACION DE INICIO/RENOVACION DE RELACIONES COMERCIALES "CONOZCA A SU CLIENTE" PERSONAS NATURALES

Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos
y del Financiamiento de Delitos



TIPO DE SEGURO		RAMOS		TOTAL SUMAS ASEGURADAS	
NUEVO/RENOVACIÓN		VIDA GENERALES			
DESCRIPCIÓN DE(L)(LOS) SEGURO(S) A QUE APLICA					
1. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO					
APELLIDOS		NOMBRES		No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL		
Año ___ Mes ___ Día ___		F ___ M ___	Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Unión Libre ___ Viudo(a) ___		
2. DATOS PERSONALES DE(L) (LA) CÓNYUGE DEL ASEGURADO (Si aplica)					
APELLIDOS		NOMBRES		No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)	
3. DIRECCIÓN DEL DOMICILIO O RESIDENCIA DEL ASEGURADO					
PAIS	PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR
DIRECCIÓN: (Calle principal, intersección, número de casa o lote)					
TELEFONOS		CELULAR		E-MAIL DE NOTIFICACIÓN (ASEGURADO)	
TIPO DE VIVIENDA					
PROPIA ___ ARRENDADA ___ VIVE CON FAMILIARES ___ ANTICRESES ___ OTRA ___					
4. ACTIVIDAD ECONÓMICA					
FUENTE DE INGRESOS		SECTOR DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL LUGAR DE TRABAJO	
Es dependiente ___ salario ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___		Agrícola ___ Producción ___ Turismo ___ Ganadero ___ Construcción ___ Pesca ___ Transporte ___ Comercio ___ Servicios ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___			
Independiente ___ Ventas ___ Rentas ___ Otros ___ (especifique) _____		Otros (especifique) _____			
NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO		FECHA DE INGRESO/INICIO ACTIVIDAD		CARGO	
PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR	
DIRECCIÓN: (Calle principal, intersección, número de casa o lote)					
TELEFONOS		CELULAR		E-MAIL DE NOTIFICACIÓN (ASEGURADO)	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES			GASTOS		OTROS ING. MENS.
De \$0,00 a \$1.000,00 () De \$ 2.001,00 a \$ 3.000,00 () De \$ 4.001,00 en adelante (especificar) \$ _____			De \$ 1.001,00 a \$ 2.000,00 () De \$ 3.001,00 a \$ 4.000,00 ()		
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		PATRIMONIO	
(si usted declara que tiene otros ingresos, por favor descríbalos a continuación)					
Descripción de otros ingresos: _____					
6. REFERENCIAS FAMILIARES (Por favor, describa los datos de un familiar que no viva con usted)					
NOMBRE DE REFERENCIA		PARENTESCO	DIRECCIÓN		TELÉFONO
7. REFERENCIAS BANCARIAS Y/O COMERCIALES					
CUENTAS BANCARIAS			TARJETAS DE CRÉDITO		
TIPO DE CUENTA	No. CUENTA	INSTITUCIÓN	No. TARJETA	EMISOR	
Ahorros Corriente					

8. VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, CONTRATANTE, BENEFICIARIO

Llenar este espacio cuando el contratante, asegurado y beneficiario no sean la misma persona o desea factura a nombre de otro

No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)	APELLIDOS	NOMBRES	TIPO DE SUJETOS Contratante _____ Beneficiario _____
--	------------------	----------------	---

DIRECCIÓN(Calle principal, intersección, número de casa o lote)

TELEFONOS	CELULAR	RELACIÓN CON EL ASEGURADO O BENEFICIARIO	E-MAIL
------------------	----------------	---	---------------

FUENTE DE INGRESOS Es dependiente ___ salario ___ Ama de casa ___ Jubilado ___ Estudiante ___ Independiente ___ Ventas___ Rentas___ Otros (especifique)_____	ACTIVIDAD ECONÓMICA Agrícola _____ Producción _____ Turismo _____ Ganadero _____ Construcción _____ Pesca _____ Transporte _____ Comercio _____ Servicios _____ Ama de casa _____ Jubilado _____ Estudiante _____ Otros (especifique)_____	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL LUGAR DE TRABAJO
		PROFESIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA/NEGOCIO	FECHA DE INGRESO/INICIO ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA/NEGOCIO	CARGO
-------------------------------------	--	--	--------------

INGRESOS MENSUALES
De \$0,00 a \$1.000,00 () De\$ 1.001,00 a \$ 2.000,00 () De\$ 4.001,00 en adelante (especificar) \$ _____
De\$ 2.001,00 a \$ 3.000,00 () De\$ 3.001,00 a \$ 4.000,00 () **ACTIVOS** _____ **PASIVOS:** _____

DIRECCIÓN DE LUGAR DE TRABAJO: (Calle principal, intersección, número)

TELEFONOS	CELULAR	E-MAIL
------------------	----------------	---------------

9.- ACEPTACIÓN DEL CLIENTE

1. Declaro (amos) que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de los datos contenidos en el formulario.
2. Declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Latina Seguros C.A., por la (las) prima (s) de las póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.
3. Conocedor (es) de la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Latina Seguros C.A. a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal en contra de Latina Seguros C.A., sus funcionarios y autoridades.
4. ¿Usted, su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos desempeñan o han desempeñado funciones públicas en el último año? Si ___ No ___
En caso de ser afirmativa su respuesta por favor especifique su relación con la persona expuesta políticamente y el cargo dentro del sector público.

10.- DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Copias legibles del documento de identificación del solicitante y su cónyuge (si aplica)
- Copia legible de la papeleta de votación
- Copia legible de un recibo de cualquier servicio básico actualizado.
- Copia legible del pago del Impuesto a la Renta del año anterior, si la suma asegurada es mayor o igual a \$50,000.00

11.- FIRMA DEL CLIENTE

Yo, _____, señalo que las razones por las cuales no puedo suministrar la información total o parcial del asegurado, contratante y o beneficiario son _____
Declaro haber leído, entendido y aceptado lo anterior, así mismo declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento, así como la omisión o no entrega de información. En caso de cambio de dirección domiciliaria, electrónica, número telefónico debe comunicar a Latina Seguros C.A. en un plazo de 8 días.
Firma: _____ Fecha: ____/____/____
C.I

12. ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o razón social del Asesor Productor de Seguros _____
Ruc o No. Identificación _____ Nombre del Represente legal _____
Firma y Sello Asesor Productor de Seguros _____

13. EJECUTIVO COMERCIAL DE LATINA SEGUROS C.A.

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente". Se ha revisado en listas de Información reservada nacionales e internacionales: Si No _____ Coincidencias: Si ___ No ___
Firma: _____ Fecha: ____/____/____