



SEGUROS CONDOR
Garantizamos su tranquilidad

GUAYAQUIL: Dir.: Francisco de Paula Icaza 302 y General Córdova. Telf.: (04) 2565300-2565888
QUITO: Dir.: Calle Lizardo García E10-80 Piso 6A. Telf.: (02) 3825470
MACHALA: Dir.: Av. 25 de Junio, Ciudad del Sol, Galería del Sol local #18. Telf.: (07) 2797031
AMBATO: Dir.: Av. Rodrigo Pachano 12-222 y Montalvo. Telf.: (03) 2512358

Formulario Conozca a su Cliente - Persona Natural

Prestador de servicios de Seguros Proveedor

Se solicita llenar el formulario de forma clara. No dejar espacios en blanco. En los casos que no aplica, indíquese N/A.

Siendo conocedor(a) de las disposiciones legales vigentes, en especial a la Ley General de Seguros, resoluciones de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros del Ecuador, Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, detalle la siguiente Información:

Datos personales (Cliente o Solicitante):

Nombres: _____ Apellidos: _____
Cédula Pasaporte RUC No. Identificación: _____ Género: F M
Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo Nacionalidad: _____
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección de domicilio: Calle Principal _____ No. _____ Transversal _____
País de residencia: _____ Ciudad: _____ Provincia _____ Cantón: _____
Teléfono(s): _____ Celular: _____ Correo Personal: _____

Aplica para personas (clientes/solicitantes) que se registren con pasaporte:

Fecha de expedición: dd mm aaaa Fecha de caducidad: dd mm aaaa
Fecha de ingreso al país: dd mm aaaa Estado Migratorio: _____

El correo electrónico y celular aquí indicados será utilizado para firma simple de todo documento.

Información laboral (Cliente o solicitante): De la empresa, oficina o su negocio donde trabaja:

Empleado: Privado Público Independiente Jubilado/a Ama de casa Estudiante Profesión: _____
Empresa: _____ Cargo u ocupación: _____ Actividad económica: _____
Dirección laboral: Calle Principal _____ No. _____ Transversal _____
País de residencia: _____ Ciudad: _____ Provincia _____ Cantón: _____
Teléfono(s): _____ Celular: _____ Correo Laboral: _____

Detalle de ingresos mensuales e información financiera (Cliente o solicitante):

Ingresos mensuales: \$ _____ o seleccione una de las siguientes escala de ingresos, que Usted percibe mensualmente:

\$0 a \$600	\$1.001 a \$3.000	\$5.001 a \$7.000	\$9.001 a \$10.000
\$601 a \$1.000	\$3.001 a \$5.000	\$7.001 a \$9.000	Mayor a \$10.001

Otros Ingresos \$ _____ Procedencia de otros ingresos: _____
Total Activos \$ _____ Total Pasivos \$ _____ Usted, declara impuesto a la renta: SI NO

Declaración de Persona Expuesta Políticamente "PEP" (Cliente o solicitante):

Usted, trabaja o trabajó (hasta hace 1 año) en el sector público, maneja o manejó recursos públicos? SI NO
Su cargo es o fué de alto mando, gerencial, dirección o funciones consideradas destacadas en el país o en el exterior? SI NO
Familiares PEP: 2do. grado de consanguinidad: padres/hijos/abuelos/hermanos/nietos, o 1er. grado de afinidad: cónyuge SI NO

Si sus respuestas fueron positivas, favor llenar la declaración sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente.

Datos e información del cónyuge (en el caso de que aplique):

Nombres: _____ Apellidos: _____
Cédula Pasaporte No. de Identificación: _____ Nacionalidad: _____ Género: F M
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo: _____

Aplica para personas (cónyuge) que se registren con pasaporte:

Fecha de expedición: dd mm aaaa Fecha de caducidad: dd mm aaaa
Fecha de ingreso al país: dd mm aaaa Estado Migratorio: _____

Referencias: Bancaria y/o comercial y/o personal: (Aplica para suma asegurada mayor a \$200.000):

Institución Financiera: _____ No. de Cuenta: _____
Entidad Comercial: _____ Teléfono: _____
Nombres y apellidos: _____ Teléfono: _____

Vínculos existentes entre el solicitante, asegurado, afianzado y beneficiario:

Detallar datos, en caso de ser diferentes al Cliente o Solicitante: Familiar Comercial Laboral Ninguno Otros
Nombres: _____ Apellidos: _____
Cédula Pasaporte No. de Identificación: _____ Nacionalidad: _____ Género: F M
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo: _____

Aplica para personas (asegurado o beneficiario) que se registren con pasaporte:

Fecha de expedición: dd mm aaaa

Fecha de caducidad: dd mm aaaa

Fecha de ingreso al país: dd mm aaaa

Estado Migratorio: _____

Documentos requeridos:

- 1 Copia legible de la cédula o pasaporte del cliente.
- 2 Copia de un recibo de cualquier servicio básico. (De los últimos 3 meses)
- 3 Copia del Registro Único de Contribuyente. Aplica para clientes que deseen su registro en la factura y póliza.
- 4 Copia legible de la cédula o pasaporte del cónyuge, en los casos que aplique (**).
- 5 Copia de Declaración de impuesto a la renta, aplica para debida diligencia ampliada (**).

** Documentos adicionales en aquellos casos en que aplique.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro bajo juramento: Que los bienes y valores registrados en este documento, al igual que las transacciones y operaciones que efectuaré con la Compañía, no provienen, ni se destinarán los fondos entregados u obtenidos de ninguna fuente ilegítima o vinculada con negocios de "lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos". En consecuencia eximo a Compañía de Seguros Cóndor S.A. de toda responsabilidad, aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Así mismo autorizo expresamente a la Compañía a realizar el análisis que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso.

Además, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía, me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada.

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Compañía de Seguros Cóndor S.A., a realizar los análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; hago extensiva esta autorización a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Compañía de Seguros Cóndor S.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive revisar en los buró de crédito mi información.

"Datos de contacto para firmar y recibir facturas, comunicaciones y/o notificación electrónicas: Autorizo expresamente a la COMPAÑÍA DE SEGUROS CÓNDOR S.A. a registrar mi correo electrónico personal y número celular; citados en mis Datos Personales para recibir la emisión, recepción y firma de documentos de los seguros que tenga contratados con dicha compañía, así como también comprobantes, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas que se emitan a mi favor, para lo cual declaro bajo mi entera responsabilidad que la información entregada al citado correo electrónico tiene validez oficial en cumplimiento a lo establecido en la Ley de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de datos vigente.

Firma del Cliente o Solicitante

N° de Identificación: _____

Lugar y Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

Propósito de la relación comercial: Ramos Generales Fianzas Accidentes Personales Vida Otros

Dejo constancia de haber revisado y verificado la información del presente formulario en las siguientes listas:

Lista PLA Causas judiciales Impuesto a la renta Registro civil Otras

Detalle observaciones encontradas: _____

Firmas: Asesor Comercial (Bróker/Ejecutivo/Jefe)

Firma: Verificador/Asistente

Nombre: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Cargo: _____