

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE CORPORATIVO (Persona Natural)

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Primer Apellido:			d) Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/>			Pasaporte <input type="checkbox"/>			
b) Segundo Apellido:			e) Número de Identificación:						
c) Nombre(s):									
f) Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		g) Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>							
h) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aa)						i) Estatura(m)		j) Peso(kg)	
k) Dirección de Residencia	Calle Principal			Número		Transversal			
	Barrio/Sector		Provincia		Cantón	Ciudad		País	
l) Teléfonos:		Domicilio		Celular		Correo electrónico			
m) ¿Se considera una Persona Políticamente Expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			JB-2012-2147 Persona Políticamente Expuesta: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; cónyuge, conviviente o parientes que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad; o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta.						
Si su respuesta es afirmativa por favor llenar la declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente.									
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL									
n) Primer Apellido:			p) Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/>						Pasaporte <input type="checkbox"/>
ñ) Segundo Apellido:			q) Número de Identificación:						
o) Nombre(s):									

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

a) Es usted: 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"/>								
b) Nombre o Razón Social			c) Actividad Económica principal			d) Años en este empleo o actividad		e) Cargo
f) Dirección Comercial	Calle Principal			Número		Transversal		
	Barrio/Sector		Provincia		Cantón	Ciudad		País
g) Teléfonos:		Comercial		Fax		Correo electrónico		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATANTE								
i) Total de ingresos mensuales generados por su actividad económica principal :			USD. _____					
j) Total de egresos mensuales generados por su actividad económica principal :			USD. _____					
k) En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal indicar:								
Otros ingresos		Total de ingresos mensuales:		USD. _____				
		Fuente:		_____				
l) Situación Financiera:		Total Activos		Total Pasivos		m) ¿Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		USD. _____		USD. _____		País: _____		

3. DATOS DE VINCULACIÓN

a) El Vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:	
Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	

4. REFERENCIAS

a) Referencias Personales			b) Referencias Comerciales			c) Referencias Bancarias/ Tarjeta de Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

5. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

6. DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS: Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACIÓN:

Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

IMPORTANTE

No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la póliza, asegurado(s), o beneficiario(s)

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros y la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

Fecha: (ciudad) (día) (mes) (año)

.....
Firma del Contratante de la Póliza

.....
Firma del Agente

Nombre del Asesor Comercial del Agente

7. REQUISITOS

- | | |
|---|---|
| a) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del contratante. <input type="checkbox"/> | c) Copia del RUC si es independiente. <input type="checkbox"/> |
| b) Copia de un recibo de servicio básico del contratante: agua, luz o teléfono; debe corresponder a uno de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de la presente solicitud. <input type="checkbox"/> | d) Copia a color del documento de identificación y papeleta de votación del cónyuge del contratante. <input type="checkbox"/> |
| | e) Copia del pago del Impuesto a la Renta del año anterior (o confirmación del pago generado de la página del SRI) <input type="checkbox"/> |

8. PARA USO INTERNO DE BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Proceso de emisión Proceso de renovación

Nombre del Asesor Comercial de BMI que realizó el proceso:

Revisión de Listas: SI NO

Comentario sobre la revisión de listas:

Nombre del Ejecutivo de BMI que realizó la revisión de listas:

.....
Firma del Asesor Comercial

.....
Firma del Ejecutivo

D ____/M ____/A ____/
Fecha

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas.