

Superintendencia de Bancos y Seguros Resolución JB-2013-2536 / JB-2014-3089 Art. 14  
La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco  
Esta información deberá actualizarse cada año

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y/O ASEGURADO**

Primer apellido:					
Segundo Apellido:					
Nombres:					
Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____				Nacionalidad:	
DOMICILIO:		País:	Provincia:		Cantón:
Sector:	Calle Principal:		N°:	Transversal:	Referencia:
Teléfono de domicilio:		Celular:		Correo electrónico:	
Estado civil: Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Unión de Hecho: <input type="checkbox"/>	Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>	
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Número de identificación: _____		Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación: _____ Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Correo Electrónico para el envío de la factura electrónica:					
Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	¿Con deuda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos?		¿Con deuda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Tiene negocio propio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Es usted persona obligada a llevar contabilidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

**APLICA SOLO PARA IDENTIFICACIÓN PASAPORTE:**

Número de pasaporte:	
Fecha de expedición del pasaporte: _____ / _____ / _____	Fecha de caducidad: _____ / _____ / _____
Estado migratorio o Código de VISA:	Fecha de ingreso al país: _____ / _____ / _____

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE**

Nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación:

**ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN**

Origen de ingresos: Empleado Público: <input type="checkbox"/>	Empleado Privado: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>	Ama de casa / estudiante: <input type="checkbox"/>	Rentista: <input type="checkbox"/>
Jubilado/Pensionista: <input type="checkbox"/>	Remesas del exterior: <input type="checkbox"/>	Describa la fuente de sus ingresos:		
Profesión:		Cargo:		

**NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Ingresos anuales <input type="text"/>	Total egresos anuales <input type="text"/>
<b>TOTAL ACTIVOS:</b> USD. <input type="text"/>	<b>TOTAL PASIVOS:</b> USD. <input type="text"/>
¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si su respuesta es SÍ, por favor llene la siguiente información.	
Ingresos diferentes de la actividad económica principal: USD. <input type="text"/>	Fuente de los otros ingresos: _____

**INFORMACIÓN ADICIONAL QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMAS ASEGURADAS TOTAL SUPERIOR A LOS USD. 200.000**

REFERENCIAS PERSONALES		REFERENCIAS COMERCIALES	
Nombres y Apellidos completos:	Teléfono	Nombre de la Casa Comercial	Teléfono
<b>REFERENCIAS REFERENCIAS BANCARIAS/TARJETA DE CRÉDITO</b>			
Institución Financiera	Tipo	Número	

## VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO

\*¿Tiene otro solicitante (pagador) su póliza?

Si  No

Identificación solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\*¿Tiene otro beneficiario su póliza?

Si  No

Identificación solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Usted es una \*Persona Expuesta Políticamente: Si  No  Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Tiene algún familiar que sea una Persona Expuesta Políticamente: Si  No

Parentesco: \_\_\_\_\_ Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

\*Persona Expuesta Políticamente, es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano a una Persona Expuesta Políticamente.

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales; así como el comunicar y documentar de manera inmediata a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. cualquier cambio de información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía, me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDO

El (la) asegurado (a) y/o el (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u otros delitos. Igualmente, declara que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

## AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a SEGUROS EQUINOCCIAL 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; así como autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

## FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas de seguro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE  
CC/PASAPORTE:

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
día

\_\_\_\_\_  
mes

\_\_\_\_\_  
año

## INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Razón Social / Nombres completos: \_\_\_\_\_

Número de credencial: \_\_\_\_\_

Nombre del ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Suma asegurada total: Hasta USD. 50.000

Superior a USD. 50.001

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente" bajo la responsabilidad estipulada en el artículo 17 de la normativa JB-2013 - 2536 / JB - 2014 - 3086.

## DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO

Para sumas aseguradas inferiores a los USD. 50.000 adjuntar:

- Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación.
- Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación del cónyuge, de ser aplicable.
- Copia de papeleta de votación actualizada o certificado de empadronamiento.
- Copia de papeleta de votación actualizada o certificado de empadronamiento del cónyuge, de ser aplicable.
- Copia de uno de los recibos de servicio básico (agua, luz, teléfono)

Adicionalmente para sumas aseguradas superiores a los USD. 50.001

- 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.