

<b>FORMULARIO SIMPLIFICADO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Natural)</b> <b>Aplica única y exclusivamente cuando la suma asegurada acumulada anual sea inferior a us\$30,000</b>			
La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas			
Tipo de seguro (Ramo): _____ Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>		<b>Total Suma Asegurada: USD.</b> _____	
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número de ID: _____	
Nombres:			
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:
Mail para recibir Factura Electrónica:		Mail para recibir el Formulario de Retención	Persona de Contacto (Nombre y Apellido)
DATOS DE ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN/NEGOCIOS			
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 trabajo</b>	Dirección:	Teléfono:	ciudad:
INFORMACIÓN FINANCIERA			
Detalle de ingresos mensuales de actividad declarada: USD _____			
*En caso de tener otros ingresos diferentes de la actividad económica principal indicar: *Detalle de ingresos mensuales USD _____ *Fuente de los otros ingresos: _____			
<b>Situación Financiera</b>	<b>Total de Activos:</b>	<b>Total de Pasivos:</b>	<b>Patrimonio:</b>
EMISIÓN DE FACTURA			
Solicitante: <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
Si escogió opción OTRO llenar:		C.I /RUC No.	Teléfono:
Nombre/ Razón social:			
Dirección		Relación con el Solicitante:	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:  Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR <input type="checkbox"/> BROKER <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> Especifique _____			
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)			
-Copia de cédula o documento de identidad (copia del pasaporte o equivalente para casos de extranjeros) -Copia del certificado de votación de ser aplicable.			
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 de fondos, bienes y productos que son asegurados, ni los que reciba producto de un siniestro, provienen ni serán utilizados en el delito de lavado de activos y financiamiento de delitos.			
<b>DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente).</b> - 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. <b>Si la respuesta es sí, favor llenar formulario de PEPs otorgado por la compañía.</b>			
<b>AUTORIZACION</b> <b>Análisis y verificación de datos</b> 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.			
<b>Datos personales y privacidad</b> Con el objetivo 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 Asegurado/Beneficiario 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 Asegurado/Beneficiario 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 operatividad y coberturas propias del contrato de seguro.			
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 Solicitante _____		C.I _____	Lugar y Fecha _____

**DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BROKER)**

Nombre o Razón social: \_\_\_\_\_

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

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa Vigente; emitida por el Organismo de Control y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido revisada correctamente. Además se confirma que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

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

\_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del ejecutivo