

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

"PERSONAS NATURALES"



Este formulario da cumplimiento a la Resolución JB-2013-2454, publicada en el Registro Oficial # 940.

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

| | | | | |
|---------------------|--|-----|-----|-----|
| Suma Asegurada: USD | Fecha: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> | Día | Mes | Año |
| Día | Mes | Año | | |

DATOS PERSONA NATURAL

| | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----|-----|-----|
| Nombres Completos: | | Apellidos Completos: | | | | | | |
| Documento de Identidad: C.I.: <input type="checkbox"/> | C.C.: <input type="checkbox"/> | Pasaporte: <input type="checkbox"/> | Nro.: <input type="checkbox"/> | Nacionalidad: | | | | |
| Estado Civil: Soltero/a: <input type="checkbox"/> | Union de Hecho: <input type="checkbox"/> | Casado/a: <input type="checkbox"/> | Divorciado/a: <input type="checkbox"/> | Viudo/a: <input type="checkbox"/> | Lugar y fecha de nacimiento: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> | Día | Mes | Año |
| Día | Mes | Año | | | | | | |
| Ciudad y país del domicilio: | | Dirección del domicilio: | | | | | | |
| Teléfono: | Celular: | Email: | | | | | | |
| Propósito de la relación comercial (Ramo que contrata): | | | | | | | | |
| Tiene algún familiar que labore en QBE SEGUROS: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Cargo que desempeña: | | | | | | | | |
| Usted es una "Persona Expuesta Políticamente" *: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Cargo que desempeña: | | | | | | | | |
| Tiene algún familiar que sea "Persona Expuesta Políticamente" *: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Cargo que desempeña: Parentesco: | | | | | | | | |

DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

| | | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| Independiente: <input type="checkbox"/> | Empleado privado: <input type="checkbox"/> | Empleado público: <input type="checkbox"/> | Jubilado: <input type="checkbox"/> | Estudiante: <input type="checkbox"/> | Ama de casa: <input type="checkbox"/> | Otro: |
| Lugar de trabajo: | | Actividad económica: | | Cargo: | | |
| Dirección del lugar de trabajo: | | | Teléfono del lugar de trabajo: | | | |

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE (DE SER APLICABLE)

| | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------|
| Nombres Completos: | | Apellidos Completos: | | |
| Documento de Identidad: C.I.: <input type="checkbox"/> | C.C.: <input type="checkbox"/> | Pasaporte: <input type="checkbox"/> | Nro.: <input type="checkbox"/> | Nacionalidad: |

SITUACIÓN FINANCIERA: TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS

| | | |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Ingresos mensuales: USD | Otros ingresos: USD | Egresos: USD |
| V/Neto (Ingresos – Egresos): USD | Fuente de otros ingresos: | |
| Activos: USD | Pasivos: USD | Patrimonio: (Activos – Pasivos) USD |

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL SOLICITANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

| |
|--|
| Es usted el asegurado de la póliza? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> |
|--|

| | | |
|---|---------------------------|-----------|
| Es usted el solicitante de la póliza? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> <i>Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:</i> | | |
| Nombre completo o razón social: | Número de identificación: | |
| Dirección de domicilio: | Tipo de identificación: | |
| Teléfono domicilio: | Celular: | Relación: |

| | | |
|---|---------------------------|-----------|
| Es usted el beneficiario de la póliza? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> <i>Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el beneficiario de la póliza:</i> | | |
| Nombre completo o razón social: | Número de identificación: | |
| Dirección de domicilio: | Tipo de identificación: | |
| Teléfono domicilio: | Celular: | Relación: |

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRAL DE RIESGO

Declaro bajo juramento que:

- los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
- la información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente por la vía idónea que me sea requerida;
- los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con QBE Seguros Colonial S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

De manera irrevocable autorizo a QBE Seguros Colonial S.A., con la que mantengo una relación comercial vigente, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos. 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 y será utilizada por la Compañía para la emisión de las pólizas contratadas.

FIRMA DEL CLIENTE

INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS O AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS

| | |
|---------------------------------|--|
| Nombre o razón social: | Firma del agente o representante legal de la agencia |
| C.I. o RUC | |
| Nombre del representante legal: | |

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

| INFORMACIÓN ENTREVISTA | | VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| Lugar de la entrevista: | | Fecha de verificación: |
| Fecha de la entrevista: | Resultado: Aceptado: <input type="checkbox"/> Rechazado: <input type="checkbox"/> | Nombre del oficial de cumplimiento: |
| Observaciones: | | Firma oficial de cumplimiento |
| Nombre del agente o agencia: | | |
| Nombre del responsable comercial: | | |

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

1. Copia del documento de identificación y de ser aplicable el certificado de votación o certificado de empadronamiento y, de ser aplicable el de su cónyuge o conviviente.
2. Copia de un recibo de cualquiera de los servicios básicos.
3. 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. (aplicable obligatoriamente solo si la sumatoria de sumas aseguradas supera los USD \$50,000)
4. Referencias personales, bancarias o comerciales. (Aplicable obligatoriamente si la sumatoria de sumas aseguradas supera los USD \$200,000)

DEFINICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

Persona Expuesta Políticamente, es la persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, que por su perfil puede exponer en mayor grado a la entidad al riesgo de lavado de activos y financiamiento de delitos, por ejemplo, jefe de Estado o de un gobierno, político de alta jerarquía, funcionario importante de partidos políticos.

Las relaciones comerciales con los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad y los colaboradores cercanos de una Persona Expuesta Políticamente, implica que las instituciones del sistema asegurador apliquen procedimientos de debida diligencia ampliados.