



Formulario de Vinculación "Conozca a su Cliente" Persona Natural CHUBB

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa respecto de la Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, le solicitamos llenar el presente formulario. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Señale si la Relación Comercial es	<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Fecha
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

1. Datos de vinculación

Señale si usted es	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario
--------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Indique los vínculos existentes entre:

Solicitante - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Solicitante - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro

2. Datos de cliente

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
País de Residencia	Ciudad de Residencia	Nacionalidad	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Viudo			
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal	
Correo Electrónico				Teléfono

3. Información del cónyuge o conviviente (en el caso de que aplique)

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				

4. Actividad económica

<input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Otro		
Empresa en la que trabaja	Cargo	Profesión:	
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal
Correo Electrónico	Teléfono		

5. Perfil financiero

Detalle sus Ingresos Mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo a los siguientes rangos:

<input type="checkbox"/> De 0 a 600USD	<input type="checkbox"/> De 601 a 1.000	<input type="checkbox"/> De 1.001 a 2.000	<input type="checkbox"/> De 2.001 a 3.000	<input type="checkbox"/> De 3.001 a 4.000	<input type="checkbox"/> De 4.001 a 5.000	<input type="checkbox"/> >= 5.001
Total Activos	USD	Total Pasivos	USD	Otros Ingresos	USD	
Detalle la fuente de otros ingresos						

6. Propósito de la relación comercial (para uso de comercial o asesor productor)

<input type="checkbox"/> Ramos Generales <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Vida	Valor Asegurado	USD
---	-----------------	-----

7. Referencias (obligatorio si la suma asegurada acumulada supera los USD 200.000)

Tipo de Referencia	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Bancaria				
Nombre de Persona	Teléfono	Razón Comercial	Teléfono	Institución Financiera	No. Cuenta

8. Declaración de información

Declaración de Licitud de Fondos: Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Chubb Seguros Ecuador S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la "Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos".

Declaración de Licitud de información: Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

Autorización: Autorizo a Chubb Seguros Ecuador 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 mismo autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas



Formulario de Vinculación "Conozca a su Cliente" Persona Natural CHUBB

9. Firma del solicitante y/o asegurado

Firma

No. Documento

10. Firma del ejecutivo o el asesor productor

Firma

Nombre del Asesor Productor

Nombre del Ejecutivo

No. de Credencial

11. Justifique falta de información

Observación

12. Documentos a adjuntar

a) Copia legible del documento de identidad

b) Copia del documento de identidad del cónyuge (de ser aplicable)

c) Copia de un recibo de un servicio básico (máximo anterior a 3 meses)

d) Copia de pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o su confirmación publicada en la página web del SRI (aplicable sólo si la suma asegurada supera los USD50.000)

13. Declaración de persona expuesta políticamente (PEP)

La presente declaración no constituye autoincriminación de ninguna clase, ni conlleva responsabilidad administrativa, civil o penal

Yo, _____, con documento de identificación No _____ informo que he leído la Lista Mínima de Cargos Públicos a ser Considerados como "Personas Expuestas Políticamente (PEP's)" y declaro bajo juramento que si ___ no ___ me encuentro ejerciendo uno de los cargos, o tengo una relación de las incluidas en el mencionado documento.

Si la respuesta es afirmativa, por favor llenar la siguiente información:

Cargo de la persona expuesta políticamente:

Función de la persona expuesta políticamente:

Jerarquía de la persona expuesta políticamente:

Adicionalmente, declaro que mantengo relaciones comerciales ___ contractuales ___ o laborales ___ o me encuentro asociado de cualquier forma con (favor detallar el nombre de la persona natural o jurídica) _____

Además, asumo el compromiso de informar cualquier cambio relacionado con la información indicada en el presente documento en un máximo de treinta (30) días.

Lugar y fecha _____

Firma _____

Para uso de Ejecutivo Comercial de Chubb Seguros Ecuador S.A. o Asesor Productor de Seguros

Certifico/certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros documentos y fue registrada en mi presencia.

Sello y firma del sujeto obligado o su delegado _____

- Se considera Persona Expuesta Políticamente a aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, que por su perfil pueda 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 gubernamental, judicial o militar de alto rango, ejecutivo estatal de alto nivel, 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. Serán considerados PEP después de un (1) año de haber cesado en las funciones que desempeñaba.