

FORMULARIO DE BENEFICIARIOS

Cuando el parentesco de(los) beneficiario(s) con el asegurado no sea por: padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, bisabuelos, bisnietos, primos hermanos, tatarabuelos, tataranietos, cónyuge o conviviente, padres del cónyuge, hijos del cónyuge, yernos, nueras, abuelos del cónyuge, padrastros y nieto político.

Póliza No.

Relación o parentesco con el Asegurado:

1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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 BENEFICIARIO					
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. DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

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 lugar de trabajo			c) Actividad Económica		e) Cargo
f) Dirección Comercial o lugar de trabajo	Calle Principal		Número		Transversal
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País
h) Teléfonos:	Comercial		Fax		Correo electrónico

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Actividad principal

i) Total de ingresos mensuales USD.

j) Total de egresos mensuales USD.

l) Situación Financiera:

Total Activos	Total Pasivos
USD. <input type="text"/>	USD. <input type="text"/>

Relación de las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas por concepto de seguros, respecto de cualquier asegurador, en los dos últimos años cuando el valor de cada indemnización haya superado los diez mil dólares de los Estados Unidos de América (USD\$ 10.000,00)

Fecha	Valor recibido	Compañía de Seguros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. DECLARACIÓN

RECEPCION DE FONDOS:

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el destino de los valores recibidos por parte de BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por conceptos de indemnización de la (las) póliza(s), serán destinados a actividades lícitas. Así mismo declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACION:

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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

.....
Firma del Beneficiario
C.I.

5. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

8. USO DE BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Revisión de Listas: SI NO

Nombre del Asesor Comercial que realizó el proceso de emisión: _____

Firma del Asesor Comercial

D____/M____/A____/
Fecha

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