

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL CUANDO EL CONTRATANTE ES UNA PERSONA NATURAL DIFERENTE DEL ASEGURADO

Contratante: Persona natural que suscribe con una entidad aseguradora una póliza o contrato de seguro.
 Asegurado: Persona natural sobre la cual se ha contratado una cobertura de seguro sobre sus riesgos personales.

1. TIPO DE PÓLIZA

Ramo de la póliza que contrata

Vida individual

Asistencia Médica Individual

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

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) Dirección de residencia:			
Calle principal / Número / Transversal			
Provincia		Cantón	Ciudad
			País
j) Teléfono de domicilio o celular:		k) Correo electrónico:	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL			
l) Primer apellido:		ñ) Tipo de identificación: Cédula <input type="checkbox"/>	
		Pasaporte <input type="checkbox"/>	
m) Segundo apellido:		o) Número de identificación:	
n) Nombre(s):			

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE - PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

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:		c) Actividad económica principal:		d) Años en este empleo o actividad:	e) Cargo:			
f) Dirección comercial:		Calle principal / Número / Transversal			Ciudad	País		
g) Teléfono comercial u oficina:		h) Correo electrónico:						
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATANTE								
i) Total de ingresos mensuales generados por su actividad económica principal:				USD.				
j) Total de otros ingresos mensuales diferentes a los originados por la actividad económica principal:				USD.				
Fuente de otros ingresos:								
k) Total de ingresos mensuales:				USD.				
l) Situación Financiera:		Total Activos		Total Pasivos				
		USD.		USD.				

4. DATOS DE VINCULACIÓN

a) El Vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:

Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro (Especifique)

5. REFERENCIAS DEL CONTRATANTE

a) Referencias personales			b) Referencias comerciales		c) Referencias bancarias / Tarjeta de crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Teléfono	Institución financiera	Tipo de cuenta o de tarjeta de crédito

6. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS: Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACIÓN:

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 COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

IMPORTANTE

No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la póliza, asegurado(s), o beneficiario(s)

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros, y la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

Fecha: (ciudad) (día) (mes) (año)

.....
Firma del Contratante de la Póliza

8. REQUISITOS

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Copia legible del documento de identificación del contratante. | <input type="checkbox"/> | d) Copia legible del documento de identificación del cónyuge del contratante. | <input type="checkbox"/> |
| b) Copia de un recibo de servicio básico del contratante: agua, luz o teléfono. | <input type="checkbox"/> | e) Copia del comprobante de pago de impuesto a la renta del año anterior (si está contratando un póliza de vida) | <input type="checkbox"/> |
| c) Copia del RUC si es independiente. | <input type="checkbox"/> | | |

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

El contratante y/o asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la revisión de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al (la) presente formulario el número 41435 de 23 de marzo de 2016