

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por la aseguradora.

Oficina: _____ Inicio Renovación Precautelar el patrimonio

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres: _____ Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____
dd mm aaaa

Tipo de Identificación: Cédula: RUC: Pasaporte: No. de Identificación: _____ Género: F M

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre Otro (especifique): _____

Dirección domicilio: _____

Parroquia: _____ Ciudad: _____ Cantón: _____ Provincia: _____
Calle principal No. Transversal

País de residencia: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Email: _____

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____
dd mm aaaa

Tipo de Identificación: Cédula: RUC: Pasaporte: No. de Identificación: _____ Género: F M

Empresa donde labora: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN ECONÓMICA DEL ASEGURADO

Dependiente: Si No Profesión: _____ Actividad económica (especifique): _____

Empresa donde labora: _____

Cargo que ocupa: _____ Tiempo: Años Meses

Dirección empresa: _____

Ciudad: _____ Cantón: _____ Provincia: _____ País: _____
Calle principal No. Transversal

Teléfono: _____ Ext.: _____ Email: _____

Posee Registro Único de Contribuyentes / RUC: Si No Es contribuyente obligado a llevar contabilidad: Si No

Actividad económica adicional (especifique): _____

Ingresos por actividad y situación financiera:

No.	Valor USD	Principal	Adicional
1	De \$0 a \$250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	De \$251 a \$ 600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	De \$601 a \$1000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	De \$1001 a \$2000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	De \$2001 a \$3000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	De \$3001 a \$4000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	De \$4001 a \$5000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mayor a \$5000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total activos: \$ _____

Total pasivos: \$ _____

*Total patrimonio: \$ _____

*Patrimonio = Activos - Pasivos

REFERENCIAS

Personales			Comerciales			Bancarias	
Nombres y Apellidos:	Parentesco:	Teléfono:	Entidad:	Monto (\$):	Teléfono:	Entidad:	Producto:
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICA Y POLITICAMENTE

¿Usted desempeña o a desempeñado funciones públicas nacionales o internacionales? (ej. jefe de estado, partido político, militar) Si No

¿Tiene familiares que desempeñan o desempeñaron funciones públicas nacionales o internacionales? (ej. jefe de estado, partido político) Si No

¿Usted es una persona de reconocimiento público? (ej. futbolista profesional, cantante, presentador de televisión, entre otros) Si No

¿Tiene familiares de reconocimiento público? (ej. futbolista profesional, cantante, presentador de televisión, entre otros) Si No

De ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, por favor detallar los nombres, apellidos, parentesco y cargos que ocupan u ocuparon:

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO Y

SOLICITANTE: (si el asegurado es el mismo que el solicitante, no aplica)

No.	Parentesco	Detalle
1	Padre / Madre	<input type="checkbox"/> Nombres y apellidos y/o razón social: _____
2	Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Tipo de Identificación: Cédula: <input type="checkbox"/> RUC: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> No. de ID: _____
3	Abuelo (a)	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____
4	Nieto (a)	<input type="checkbox"/> <small>dd mm aaaa</small>
5	Hermano (a)	<input type="checkbox"/> Dirección domicilio: _____
6	Suegro (a)	<input type="checkbox"/> <small>Calle principal No. Transversal</small>
7	Yerno	<input type="checkbox"/> Teléfono: _____ Email: _____
8	Nuera	<input type="checkbox"/> Actividad económica: _____
9	Cuñado (a)	<input type="checkbox"/> Ingresos mensuales: \$ _____ Patrimonio: \$ _____
10	Cónyuge	<input type="checkbox"/>
11	Otros	<input type="checkbox"/> Firma / Sello: _____

BENEFICIARIO: (si el beneficiario es el mismo que el asegurado, no aplica). En caso de haber más de un beneficiario, por favor adjuntar el anexo A.

No.	Parentesco	Detalle
1	Padre / Madre	<input type="checkbox"/> Nombres y apellidos y/o razón social: _____
2	Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Tipo de Identificación: Cédula: <input type="checkbox"/> RUC: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> No. de ID: _____
3	Abuelo (a)	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____
4	Nieto (a)	<input type="checkbox"/> <small>dd mm aaaa</small>
5	Hermano (a)	<input type="checkbox"/> Dirección domicilio: _____
6	Suegro (a)	<input type="checkbox"/> <small>Calle principal No. Transversal</small>
7	Yerno	<input type="checkbox"/> Teléfono: _____ Email: _____
8	Nuera	<input type="checkbox"/> Actividad económica: _____ % Participación: _____
9	Cuñado (a)	<input type="checkbox"/>
10	Cónyuge	<input type="checkbox"/>
11	Otros	<input type="checkbox"/>

JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS

Concedor(a) de las penas del perjurio declaro bajo juramento que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de su aplicación, tienen origen y destinos lícitos y no promueven actividades prohibidas por las leyes del Ecuador e internacionales. De igual manera, declaro que la información y documentación proporcionada es verdadera y correcta, por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad. Autorizo expresa e irrevocablemente a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS para que obtenga cuantas veces sean necesarias, de cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito, mi información de riesgos crediticios; de igual forma, INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS queda expresamente autorizada para que pueda transferir o entregar la información declarada en el presente documento así como mis riesgos crediticios resultantes de nuestra relación contractual, a los burós de créditos y/o a otra institución debidamente autorizada por la ley, si fuere pertinente; y a realizar la comprobación de esta declaración y autorización e informar a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales e injustificadas en relación a mis actividades y movimientos comerciales y/o contractuales. Eximo a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS, de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones y autorizaciones fueren falsas o erróneas.

Firma del Asegurado

No. de Identificación

Lugar y fecha dd/mm/aaaa

Asesor Productor de Seguros

Nombres o razón social: _____ RUC: _____ No. Credencial: _____

Firma y sello Agente / Agencia: _____ Lugar y fecha: _____

USO INTERNO DE INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS

Certifico que he verificado personalmente la identidad del clientes y/o solicitante con la documentación e información solicitada en la política "Conozca a su cliente" y he realizado el análisis con las listas de información nacional e internacional. Por lo tanto, basado en la información prevista recomiendo aceptarlo como cliente de INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS.

Si No Notas: _____

Ejecutivo Comercial	Jefatura/Coordinador	Gerente de Área	Gerencia General
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
No. ID: _____	No. ID: _____	No. ID: _____	No. ID: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

Cumplimiento / Auditoría: