

## FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Fecha     
DD MM AA

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Pan American Life Ins. Co.

### TIPO DE SEGURO

**Tipo de seguro:**  Health Trust  Vida  Accidentes Personales  Major Medical  Minimed **Tipo de solicitud:**  Nueva  Actualización

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Primer Apellido:	Tipo de Identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	R.U.C. <input type="checkbox"/>
Segundo Apellido:		Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombre(s):	Número de Identificación:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Sexo: F  M  Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  U/Libre  Viudo

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

INFORMACION EXTRANJEROS	Fecha de expedición del pasaporte	Fecha de caducidad del pasaporte	Estado migratorio	Fecha de ingreso al país
	____/____/____	____/____/____		____/____/____

Dirección Residencia	Calle Principal _____ No. _____ Transversal _____	
	País: _____	Provincia: _____ Ciudad: _____ Cantón: _____

Teléfonos:	Domicilio: _____	Celular _____	Correo electrónico: _____
------------	------------------	---------------	---------------------------

Nombres completos Cónyuge o conviviente:	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombres _____	No. ID. _____
--	-----------------------	------------------------	---------------	---------------

Se considera una Persona Políticamente Expuesta SI  NO

**JB-2012-2147** Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad o que sea un colaborador cercano de una persona políticamente expuesta, en caso Afirmativo, favor llenar FORM. PEP

### DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Nombre o Razón Social lugar de trabajo	Actividad Económica	Cargo
--	---------------------	-------

Dirección Comercial o lugar de trabajo	Calle Principal _____ No. _____ Transversal _____	
	País: _____	Provincia: _____ Ciudad: _____ Cantón: _____

Teléfonos:	Lugar de Trabajo _____	Fax _____	Correo electrónico _____
------------	------------------------	-----------	--------------------------

### INFORMACION FINANCIERA

Actividad principal	Total de ingresos mensuales:	USD. <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Total de egresos mensuales:	USD. <input style="width: 90%;" type="text"/>

En caso de tener ingresos diferentes a los originados por la actividad económica principal indicar:

Otros ingresos	Total de ingresos mensuales:	USD. <input style="width: 90%;" type="text"/>
----------------	------------------------------	---

Fuente: \_\_\_\_\_

#### Situación Financiera:

Total Activos	Total Pasivos	Patrimonio
USD. <input style="width: 90%;" type="text"/>	USD. <input style="width: 90%;" type="text"/>	USD. <input style="width: 90%;" type="text"/>

### INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE CONTRATANTE, ASEGURADO, Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	OTRA	CUAL
Contratante - Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratante - Beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### REFERENCIAS

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/ Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

### DECLARACION

#### ENTREGA DE FONDOS:

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores entregados a PAN AMERICAN LIFE INS. CO., sucursal en el Ecuador, por la (las) póliza(s) son y provienen de 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 PAN AMERICAN LIFE INS. CO., sucursal en el Ecuador, 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 PAN AMERICAN LIFE INS. CO., sucursal en el Ecuador.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

C.I.

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

Nombre o Razón Social:	No. Credencial:
------------------------	-----------------

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado:

Declaro haber cumplido con lo establecido en el artículo 17 de la Resolución JB-2012-2147 de 26 de abril de 2012 que contempla las normas de Prevención de Lavado de Activos para las instituciones del Sistema de Seguro Privado.

\_\_\_\_\_  
Firma Corredor**JUSTIFICACIÓN POR NO ENTREGA DE INFORMACIÓN****USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

Se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Revisión de listas: SI Confirmación del pago del Impuesto a la Renta generado de la página del SRI: SI 

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha**ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN**

Copia del Documento de Identificación del contratante (legible y a color)

Copia del Documento de Identificación del cónyuge o conviviente legal del contratante (legible y a color)

Copia de un recibo de servicio básico, del último mes, agua, luz o teléfono, en que conste la dirección del domicilio o trabajo

Copia del RUC si el contratante es independiente

**PARA SUMAS ASEGURADAS MAYORES A 50.000 SOLICITAR ADEMÁS DE LO ANTERIOR:**

Formulario 102 del SRI actualizado (persona sin relación de dependencia)