

ACLARACION

El Asegurado asume plena responsabilidad por las declaraciones arriba contenidas, por lo tanto, afirma que toda la información proporcionada en el presente formulario es verídica, y que no ha sido retenida ninguna información que pudiere disminuir el concepto de gravedad del riesgo o cambiar el sujeto del mismo. Conoce además que la presente solicitud quedará incorporada y será tomada como base del contrato y que perderá su derecho a indemnización por declaración inexacta, reticente o falsedad.

La cobertura de seguro entrará en vigencia a partir del momento en que el riesgo sea aceptado por la Compañía. Su periodicidad será anual, con el pago de la prima en los plazos y forma previamente acordados.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar unilateralmente, no renovar o realizar cualquier modificación en las condiciones de la póliza, según el estado del riesgo, la siniestralidad registrada y las condiciones de mercado.

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS:

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A., en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Conocedor(a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencia e información personal sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía de Seguros queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir, o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

Ciudad y fecha:

EL ASEGURADO

LA ASEGURADORA

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

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, por efectos de control, ha asignado al presente formulario el número de registro 49154, con oficio SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00030552-O de 10 de abril de 2018.