

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES "PERSONAS NATURALES"

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

## DATOS PERSONALES

Nombres Completos: \_\_\_\_\_ Apellidos Completos: \_\_\_\_\_  
C.I.:  RUC:  Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Sexo Femenino  Masculino  Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Estado civil: Casado/a:  Divorciado/a:  Soltero/a  Unión de Hecho:  Viudo/a:   
País del domicilio: \_\_\_\_\_ Provincia del domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad del domicilio: \_\_\_\_\_ Calle principal del domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle secundaria del domicilio: \_\_\_\_\_ Numeración del domicilio: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE (Si aplica)

Nombres completos: \_\_\_\_\_ Apellidos completos: \_\_\_\_\_  
C.I.: RUC: Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

## ACTIVIDAD ECONÓMICA

Actividad económica: \_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: Empleado privado  Empleado público:  Estudiante:  Independiente:   
Jubilado:  Otro: \_\_\_\_\_  
Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_  
Ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_  
Activos: \$ \_\_\_\_\_  
Pasivos: \$ \_\_\_\_\_  
Patrimonio: (Activos - Pasivos) \$ \_\_\_\_\_  
¿Tienes otros ingresos? Sí  No   
Si su respuesta es "Sí", indique a continuación la fuente de los ingresos y el valor:  
Fuente otros ingresos: \_\_\_\_\_  
Valor otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_

## VÍNCULOS - PEP

### ¿Quién es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

Es una persona natural, nacional o extranjera que **desempeña o ha desempeñado funciones públicas** destacadas en el país o en el extranjero en representación del país, sus familiares y colaboradores cercanos

1. ¿Te consideras una PEP? Sí  No

Si su respuesta es "Sí", indique a continuación los siguientes datos:

Institución: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nombramiento (dd/mm/aaaa): \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Fecha de culminación (dd/mm/aaaa): \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**2. ¿Tu colaborador directo es una PEP?**      Sí       No 

Si su respuesta es "Sí", indique a continuación los siguientes datos:

Institución del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo del PEP: \_\_\_\_\_

**3. ¿Mantienes una relación empresarial con una PEP?**      Sí       No 

Si su respuesta es "Sí", indique a continuación los siguientes datos:

Institución del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo del PEP: \_\_\_\_\_

**4. ¿Mantienes una relación comercial con una PEP?**      Sí       No 

Si su respuesta es "Sí", indique a continuación los siguientes datos:

Institución del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo del PEP: \_\_\_\_\_

**5. ¿Mantienes una relación laboral con una PEP?**      Sí       No 

Si su respuesta es "Sí", indique a continuación los siguientes datos:

Institución del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo del PEP: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y LICITUD DE FONDOS**

1. Los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
2. La información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla por la vía idónea que me sea requerida;
3. Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con Zurich Seguros Ecuador S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

**AUTORIZACIÓN**

De manera irrevocable autorizo a Zurich Seguros Ecuador S.A., con la que mantengo una relación comercial vigente, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad y será utilizada por la Compañía en cumplimiento de la emisión de las pólizas contratadas.

**TRATAMIENTO DE DATOS**

1. He sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que los datos personales que brindo son accedidos y tratados por las áreas de Zurich Seguros Ecuador, S.A. los cuales utilizarán mis datos personales y sensibles que sean necesarios con el objetivo de brindar-me servicios de seguros. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales y sensible estrictamente pertinentes y necesarios, Zurich Seguros Ecuador S.A., no podrá cumplir con los fines expuestos.
  2. He sido informado que mis datos personales serán incluidos en un banco de datos denominado "Clientes" registrado bajo la titularidad de Zurich Seguros Ecuador S.A. mientras no solicite su cancelación y que se realiza transferencia de datos personales a nivel nacional e internacional, bajo las seguridades descritas en la regulación vigente y con la finalidad autorizada considerando el giro del negocio de la Compañía.
- Se le informa que usted puede ejercer sus Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través de una solicitud dirigida a ([protecciondedatos.ec@zurich.com](mailto:protecciondedatos.ec@zurich.com)) o en cualquiera de los establecimientos físicos de Zurich.

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

En cumplimiento Normativo "Si la Contratación de los productos ofrecidos por las empresas de seguros se realiza por intermedio de los Asesores Productores de Seguros, estos serán responsables de la recopilación de la información y de documentación".

Nombre o Razón Social del asesor productor de seguros: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS**

1. Copia del documento de identificación del cliente.
2. Copia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior, o constancia de información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de la página web

ESTE FORMULARIO FUE REALIZADO DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECE LA LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS Y SU REGLAMENTO; ADEMÁS DE LAS NORMATIVAS EN PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO EXPEDIDAS POR LA JUNTA DE POLÍTICA Y REGULACIÓN FINANCIERA, Y SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS.

**FIRMA DEL CLIENTE**\_\_\_\_\_  
Firma del clienteFecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd / mm / aaaa