

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, y será utilizada para la emisión de pólizas por Liberty Seguros S.A.

Información del Solicitante / Asegurado

Nombres:					Apellidos:		
Lugar y fecha de nacimiento:					Nacionalidad:		
Tipo de Documento:	C.I: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐	Otros: ☐	N° ID:		
Dirección:	País:				Provincia:		
	Cantón:				Ciudad:		
	Calle principal:				N°:		
	Calle transversal:				Referencias:		
Teléfonos:	Celular:				Correo electrónico:		
Estado civil:	Soltero: ☐		Casado: ☐		Divorciado: ☐		Viudo: ☐ Unión de hecho: ☐

Nombres del Cónyuge o Conviviente Legal (si aplica):

Nombres:					Apellidos:		
Tipo de identificación:	C.I: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐	Otros: ☐	N° ID:		
Nacionalidad:							

Vínculos del Contratante (en caso de que la persona sea diferente)

*NO OLVIDE ENTREGAR EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN SI ES DIFERENTE DEL CONTRATANTE/BENEFICIARIO O ASEGURADO EN ESTE CAMPO

Relacionados	Parentesco / Relación (Tabla 14SCVS)	No. ID	Apellidos y Nombres
Solicitante			
Asegurado			
Beneficiario			

Datos de la actividad económica / Información Financiera

Describe su actividad económica:			
Fuente de ingresos:			
Lugar de Trabajo:	Público: ☐	Privado: ☐	Independiente: ☐
	Otros: ☐		
Profesión:			Cargo:
Señale sus Ingresos Mensuales: USD.	Total Activos: USD.		
	Total Pasivos: USD.		Total Egresos: USD.
¿Posee ingresos diferentes a la actividad económica descrita anteriormente?	Si ☐		No ☐
Ingresos diferentes descritos a la actividad principal descrita anteriormente USD.			
Fuente de otros ingresos:			

¿Necesitas más información?



Quito
393 21 00



Línea nacional
1800-542378

www.liberty.ec



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
(Persona Natural)**Referencias**

Referencias Comerciales		Referencias Bancarias/Tarjetas de crédito	
Nombre de la casa comercial	Teléfono	Institución financiera	Tipo de cuenta

Personales (que no sean familiares)			
Nombres	Relación	Teléfono	Lugar de trabajo

Enumere todas las anteriores ciudades y países de residencia, tanto permanentes como temporales, durante los últimos diez años.

Ciudad:	País	Fechas

Datos de la Relación Comercial

Señale Tipo de Póliza a contratar:

Suma asegurada:

Declaración de persona expuesta políticamente (PEP's)**Definición:**

"Persona políticamente expuesta (PEP).- Es la persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, que por su perfil pueda exponer en mayor grado a la entidad al riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, por ejemplo, jefe de Estado o de un gobierno, político de alta jerarquía, funcionario gubernamental, judicial o militar de alto rango, ejecutivo estatal de alto nivel, funcionario importante de partidos políticos. Las relaciones comerciales con los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad y los colaboradores cercanos de una persona políticamente expuesta, implica que las instituciones del sistema financiero apliquen procedimientos de debida diligencia ampliados."

Declaración:

Le solicitamos llenar el presente formulario con letra legible y sin enmendaduras. (Favor indicar nombres y apellidos completos) Yo, _____ con documento de identificación No. _____ informo que he leído las definiciones de "Personas Expuestas Políticamente (PEP's)" y declaro bajo juramento que SI ____ NO ____ me encuentro ejerciendo uno de los cargos, o tengo una relación de las incluidas en el mencionado documento.

En el caso que la respuesta sea Positiva, indicar: Cargo/Función/Jerarquía o relación con la Persona Expuesta Políticamente y Entidad donde desempeña tal función: _____

Además, asumo el compromiso de informar cualquier cambio relacionado con la información indicada en el presente formulario en un máximo de treinta (30) días.

¿Necesitas más información?

Quito
393 21 00Línea nacional
1800-542378

www.liberty.ec



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Documentos Requeridos

- Copia de la cédula de ciudadanía del contratante ☐
- Copia de la cédula de ciudadanía del cónyuge o conviviente legal del contratante ☐
- Copia de un recibo de servicio básico (agua,luz,teléfono) ☐
- Confirmación del pago de impuesto a la Renta del año inmediato o constancia de la información publicada por el SRI en su página web de acceso Público.(Únicamente si la suma asegurada supera los \$50.000) ☐

Declaraciones

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiéndome a comunicar oportunamente a LIBERTY SEGUROS S.A. los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada. Además, declaro que, la relación con LIBERTY SEGUROS S.A. tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán, son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaración de origen lícito de recursos: Él (la) asegurado y/o él (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a Liberty Seguros S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavados de activos, Financiamiento del Terrorismo y otros delitos. Igualmente, declaro que los fondos con los que se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guarda ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.

Autorización

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a LIBERTY SEGUROS S.A., para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas. También autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro. De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Liberty Seguros S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrato y por escrito.

Nota: El contratante acepta que puede acceder a su factura en formato electrónico a través del portal web www.liberty.ec en la sección Facturación Electrónica, para libre consulta y descarga.

Firma del Contratante / Beneficiario / Asegurado

	Firma del Contratante/Beneficiario	Ciudad:	
C.I. No		Fecha:	



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
(Persona Natural)**Datos del Asesor Productor de Seguros / Ejecutivo Comercial**

Nombre o Razón Social	No. Credencial	Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado

Declaro que he revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y la documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además, verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma Corredor / Ejecutivo Comercial

Para uso de la Empresa Aseguradora

Confirmando que el formulario de vinculación está correctamente diligenciado y se adjunta la documentación requerida en el mismo para la vinculación de clientes.

Revisión de listas - Proceso Automático

Nombre del funcionario que realizó el proceso de revisión:

Firma Funcionario

Fecha:

