

5.001 - 10.000

10.001 - en adelante

Total Pasivos: _

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Art. 14. Sección V, del Capítulo III, del Título III, de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

para la emisi	on de polizas.							
		Datos de la	a Relación Com	ercial				
Seguro al que a	plica:		– Póliza n	ueva 🔵	Renovación (
		Informaci	ón del Contrata	inte				
Apellidos:			_ Tipo de Identific	ación: C.I. (D PAS.O Otro O	R.U.C.		
Nombre(s):			Número de Identificación: L L L L L L L L L					
			País de Nacimiento:					
	niento: dd/mm/aa L				O Divorciado O U. Lib			
Datos Domici				0				
		Ci	udad:					
Teléfono Domici	ilio: Celular: _		Correo Electróni	co:				
Indique si tie	ne algún vínculo con algun	o de los siguiente	es:					
Asegurado 🔾	Afianzado 🔾	Ben	neficiario 🔾	Todas las c	interiores (Ninguno 🔾		
Tipo de vínculo	(de ser aplicable):							
اند. Usted es fun	ncionario público?: Sí 🔘	No O Indique el	carao:					
	s cercanos desempeñan o han de ocupar cargo público alguno tie Nombres		i? Sí No O	idas a nivel naciono	al o internacional en los últi			
		Activi	dad Económica					
	ridad Económica/Ocupación	-	_Nombre de la Em	ıpresa:				
Cargo:			_Actividad de la Er	npresa:				
Teléfonos:			_ Correo Electrónic	:0:				
Dirección de la	Empresa:							
	esos mensuales su ocupación/actividad			listintos a su ocu ndo, entre otros	upación/actividad .)			
l l				ingresos diferente	s a los originados por la ac	tividad		
0 - 350	\bigcirc	económica principal indicar:						
351 - 750	0	Monto USD:			Fuente:			
751 - 1.500	\bigcirc							
1.501 - 3.000	\bigcirc	Situación Fina		meros en caso de	no noseer valores noner ()	(cero)		
3.001 - 5.000	- 5.000 Por favor colocar los valores en números, en caso de no poseer valores, poner 0 (cero).							

Total Activos:_

	Informac	ción del Cón	yuge o Convivien	ite			
Información Cónyuge Apellidos: Nombre(s):		Tipo de Identificación: C.I. PAS. Otro					
		Refere					
		Kelele	icius				
Referencias Personales			encias Comerciales		Bancarias/ Tarjeta		
Nombre Parentesco	Teléfono	Entidad	Teléfond	o Institució	ón Financiera	Tipo	
Jus	tificación por n	o obtención	de Datos (Art. 14	. párrafo 3)			
Importante: En caso de no haber proporcio una vez que AIG-Metropolitano acuerdo con la ley, a notificar o	nado información ı emita la(s) póliza:	en algún(os) co s(s) y el cliente	ampo(s), ingrese la ju no hubiere proporcio	ustificación (Art. 14, p onado la información	n solicitada, se proc		
	Decl	graciones v	Autorizaciones				
Declaro que la información contenida en estorajo mi instrucción, por lo que me hago entendatos personales, así como cualquier cambinformación que me sea solicitada por la Consienes de procedencia lícita. Igualmente declaroducto de actividades lícitas. Declaro que la Autorizo expresamente a la Compañía, a presutorizo expresamente a que AIG-Metropolita información de productos de seguros. Autorizadatos de propiedad de la empresa, sus afiliadatos. Reconozco y acepto que la compañía obtenga dicha información sea compartida con sus filialism perjuicio de lo antes mencionado, la auto ealizado; así mismo, autorizo a todas las perequiera. Autorizo a la Compañía, a sus filialismantener mi información conforme su Política Con la firma del presente documento ratifico el presente documento.	amente responsabo en la información pañía en caso de aro que los fondos ne recibido el resurementar este formula una me contacte di los el uso de mi información da ales dentro y fuero a realizar el a sonas naturales o es, pares, subsidia a de Privacidad dis lo antes señalado	ole de la misma ón que hubiere requerirlo. Así s con los cuales men(es) de la(s urio como pruel rectamente o a cormación perso y en general el el Registro Civi a del país. unálisis y las ver jurídicas de de rias, relacionad sponible en su	Declaro conocer y a proporcionado. Adamismo, declaro que pagaré la(s) prima(s póliza(s) de seguro por irrefutable de la vertravés de sus proveemal para fines comentidades del sector a lecuatoriano, u otras recho público o priva sitio web: www.aig.com o mi asesor de seguro proporcional para fines comentidades del sector a lecuatoriano, u otras recho público o priva sitio web: www.aig.com o mi asesor de seguro proporcional para fines considerado público o priva sitio web: www.aig.com o mi asesor de seguro proporcional para fines p	aceptar que es mi oblemás, me comprome el (los) seguro(s) solici o correspondiente(s) a que voy a adquirir. Peracidad de las decla adores, por cualquier reciales, y que sea cus segurador, para fines de empresas y entidade adore a facilitar toda la que puedan: recolect pom.ec, la que declaro ro(s) designado al Callaro (s) de signado (s) de signado al Callaro (s) de signado (s) de sig	ligación actualizar eto a proveer la de itado(s) a la Compe a el(los) contrato(s) a el(los) contrato(s) a raciones aquí conte medio para fines o stodiada y compartis comerciales, de comerciales, de comerciales de car a ratificar las declar a información que la tar, digitalizar, archo conocer.	anualmente mi ocumentación e añía, ampara(n de seguros son enidas. Ademá comerciales y de ida en bases de control y preven ponstituidas y que raciones que he a Compañía le nivar, procesar	
Firma del Clie	nte		C.I.		cha (dd/mm/aa)		
	Datos del Co	rredor/Ejecu	tivo AIG-Metropo	olitana			
Nombre o Razón Social:			RUC: L				
Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado:							
Declaro conocer la responsabilidad de la re Capítulo III, del Título III, del Libro III, de la cumplido con la recopilación de la informa	ecopilación de la i Codificación de R	nformación y d esoluciones Ma	ocumentación del cl onetarias, Financiera	iente, señalada en el s, de Valores y Segur dificación antes men	Art. 17 de la Secci ros, así como habe		
Nombre		Fir	ma		dd/mm/aa)		
	Doo	cumentos a s	ser solicitados				
Cédula de ciudadanía, cédula de identidad Copia del Registro Único de Contribuyentes Copia de los recibos de cualquiera de los s Confirmación del pago al impuesto a la ren	s (R.U.C), si aplica ervicios básicos				aplicable	PRESENTA (SÍ / NO)	

Copia del documento de Identificación del cónyuge o conviviente.