

**FORMULARIO CONOZCA 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 Seguros Atlántida S.A. El formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras, con la finalidad de cumplir con las disposiciones normativas en materia de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

INFORMACIÓN GENERAL DEL CLIENTE

Nombres:		Apellidos:	
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
Nacionalidad:			
Tipo de documento :	C.I: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐
No ID:			
Dirección de domicilio:		País:	
Provincia:			
Ciudad:		Calle principal:	
Calle transversal:		N°:	
Teléfono(s) fijo/celular:		Correo electrónico personal:	
Estado civil :	Soltero: ☐	Casado: ☐	Divorciado: ☐
Viudo: ☐	Unión de hecho: ☐		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE LEGAL (SI APLICA)

Nombres:		Apellidos:	
Tipo de identificación :	C.I: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐
No ID:			
Nacionalidad:			

VÍNCULOS DEL CONTRATANTE (EN CASO DE QUE LA PERSONA SEA DIFERENTE)

*NO OLVIDE ENTREGAR UN FORMULARIO DE VINCULACIÓN ADICIONAL SI EL CONTRATANTE ES UNA PERSONA DIFERENTE AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Relacionados	Nombres y apellido/ parentesco	No. Identificación
Solicitante		
Asegurado		
Beneficiario		

INFORMACIÓN LABORAL

Tipo laboral:	Empleado público: ☐	Empleado privado: ☐	Independiente/negocio propio: ☐	Jubilado: ☐
Otro (especifique)	☐			
Profesión:		Compañía y cargo:		
En caso de ser independiente o tener negocio propio describa su actividad económica:				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total ingresos fijos anuales:		Total egresos fijos anuales:	
Total Activos:		Total Pasivos:	
¿Posee ingresos diferentes a la actividad económica descrita anteriormente?	Si ☐	No ☐	
Señale el monto de sus otros ingresos (si aplica):			
Especifique la fuente de sus otros ingresos:			

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
(Persona Jurídica)****DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL**Señale tipo de póliza a contratar: Suma asegurada: **DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP'S)**

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero, o en alguna organización internacional (desde el 5 al 10 grado de la escala de la RMU) tales como: Presidente y Vicepresidente de la República, Ministros y Viceministros, Asambleístas (principales y alternos), Superintendentes, Intendentes Nacionales, Regionales, Secretarios de Gobierno, Asesores, Directores Nacionales, Regionales o Provinciales, Coordinadores, Gerentes y Subgerentes de Empresas o Banca Pública, Alcaldes, Vicealcaldes, Prefectos, Viceprefectos, Diplomáticos, Embajadores, Cónsules, entre otros.

Sí ☐No ☐Si la respuesta es **Sí** llenar los siguientes campos:**Cargo:** **Institución:** **Fecha de ingreso:** **Fecha de salida:**

Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (abuelos/nietos/hermanos) o 1er. de afinidad (cónyuge/suegros/yerno/nuera)

Sí ☐No ☐Si la respuesta es **Sí** llenar los siguientes campos:**Parentesco:** **Nombres y apellido del PEP:** **Cargo del PEP:** **DECLARACIÓN DE COLABORADORES CERCANOS**

Usted trabaja o es colaborador cercano con una Persona Expuesta Políticamente (PEP), de forma directa:

Sí ☐No ☐Si la respuesta es **Sí** llenar los siguientes campos:**Nombres y apellido del PEP:** **Cargo del PEP:** **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en el presente formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa, verificable y proporcionada de manera confiable y actualizada. Me comprometo a comunicar oportunamente a Seguros Atlántida S.A. los cambios que se susciten en cuanto a la información y documentación proporcionada y a proveer cuanto documento o información adicional que me sea solicitada.

Declaración de origen lícito de recursos: Declaro libre y voluntariamente que las transacciones y/u operaciones que he efectuado o efectuaré con Seguros Atlántida S.A. no provienen ni provendrán de fondos obtenidos de forma ilegítima o vinculados con negocios de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos. Además, declaro que los recursos pagados por Seguros Atlántida S.A., con ocasión de las posibles indemnizaciones derivadas del contrato de seguros, serán utilizados de forma lícita.

Autorización de Tratamiento de Datos

En mi calidad de Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de la Política de Tratamiento de Datos Personales de Seguros Atlántida S.A. que se encuentra disponible en la página web www.segurosatlantida.ec b) Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su Reglamento y demás normas ampliatorias y/o modificatorias.

Brindo mi consentimiento libre y expreso para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

i) Para la ejecución de los contratos celebrados con Seguros Atlántida S.A., ii) para control, reporte y prevención de fraude, iii) para control, reporte y prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, v) para la elaboración de los estudios técnico- actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora; Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por Seguros Atlántida S.A. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecer otros productos y servicios de Seguros Atlántida.

Autorización para Transferencia de Datos

Brindo mi consentimiento libre y expreso para que cualquier información incluida en este documento o derivada de los contratos celebrados con Seguros Atlántida S.A. sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la matriz de Seguros Atlántida S.A., sus subsidiarias y filiales de la matriz o de Seguros Atlántida S.A., a las personas jurídicas vinculadas al grupo de empresas de la matriz, ii) a las personas jurídicas que administren bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, la elaboración de estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por Seguros Atlántida S.A. en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido iv) a terceras partes que requirieran la información para prestación de servicios derivados del contrato de seguros.

Autorización Tratamiento de Información Financiera, Comercial y/o Crediticia

Autorizo a Seguros Atlántida S.A. para que, con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte y/u obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio de servicios y personales de las centrales de información crediticia.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Copia de cédula de ciudadanía del contratante
- Copia de cédula de ciudadanía del cónyuge o conviviente legal del contratante (si aplica)
- Copia de RUC (**únicamente si, en la sección "Información Laboral" el contratante selecciona la casilla Independiente/negocio propio**)
- 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 \$100.000**)

FIRMA DEL CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos:

Firma:

Ciudad:

Día:

Mes:

Año:

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 bróker/ ejecutivo comercial

Fecha: