

## FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

V.012023

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, y será utilizada para la emisión de pólizas por Liberty Seguros 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:	N° ID:					
Dirección de domicilio:	País:			Provincia:					
	Ciudad:			Calle Principal:					
	Calle transversal:			N°:					
Teléfono(s) fijo/celular:							Correo electrónico personal:		
Estado Civil:	Soltero: <input type="checkbox"/>		Casado: <input type="checkbox"/>		Divorciado: <input type="checkbox"/>		Viudo: <input type="checkbox"/>		Unión de Hecho: <input type="checkbox"/>

### Información del Cónyuge o Conviviente Legal (si aplica)

Nombres:					Apellidos:		
Tipo de identificación:	C.I:	<input type="checkbox"/>	RUC:	<input type="checkbox"/>	Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	N° ID:
Nacionalidad:							

### Vínculos con el 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 Apellidos / Parentesco	No. Identificación
Contratante		
Asegurado		
Beneficiario		

### Información Laboral

Tipo laboral:	Empleado Público: <input type="checkbox"/>	Empleado Privado: <input type="checkbox"/>	Independiente/Negocio Propio: <input type="checkbox"/>	Jubilado: <input type="checkbox"/>
	Otro (Especifique) <input type="checkbox"/>			
Profesión:	Compañía y Cargo:			
En caso de ser independiente o tener negocio propio describa su actividad económica:				

### Información Financiera

Total Ingresos Fijos Mensuales:		Total Egresos Fijos Mensuales:	
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 Natural)

### 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.

SI

NO

Si la respuesta es **SI** 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)

SI

NO

Si la respuesta es **SI** llenar los siguientes campos:

**Parentesco:**

**Nombres y Apellidos del PEP:**

**Cargo del PEP:**

### Declaración de Colaboradores Cercanos

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

SI

NO

Si la respuesta es **SI** llenar los siguientes campos:

**Nombres y Apellidos 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 Liberty Seguros 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 Liberty Seguros 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 Liberty Seguros 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 Liberty Seguros S.A. que se encuentra disponible en la página web [www.libertyseguros.ec](http://www.libertyseguros.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 Liberty Seguros 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 Liberty Seguros S.A.  
Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecer otros productos y servicios de Liberty Seguros S.A.

### 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 Liberty Seguros S.A. sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de Liberty Seguros S.A., sus subsidiarias y filiales de la Matriz o de Liberty Seguros 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 Liberty Seguros 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 Liberty Seguros 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 legalmente establecidas en Ecuador.

### Documentos Requeridos

- Copia de la cédula de ciudadanía del contratante
- Copia de la 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

Lugar:

Día:

Mes:

Año:

### Datos del Asesor Productor de Seguros / Ejecutivo Comercial

Nombre o Razón Social	No. Credencial	Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Fecha: