



# SEGUROS CÓNDROR

Garantizamos su tranquilidad

GUAYAQUIL: Dir.: Francisco de Paula Icaza 302 y General Córdova.Telf.: (04) 2565300  
QUITO: Dir.: Calle Lizardo García E10-80 Piso 6A.Telf.: (02) 3825470  
MACHALA: Dir.: Av. 25 de Junio, Ciudad del Sol, Galería del Sol local #18.Telf.: (07) 2797031  
AMBATO: Dir.: Av. Rodrigo Pachano 12-222 yMontalvo.Telf.: (03) 2512358

## Formulario Conozca a su Cliente Persona Natural

Se solicita llenar el formulario con claridad y sin tachones o enmendaduras. La información solicitada, se encuentra conforme a las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento; y, resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS); Junta de Política y Regulación Financiera; y, Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

### 1. INFORMACION DEL CLIENTE (DATOS PERSONALES):

|  |                      |                      |                                      |                           |                      |               |                      |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Nombres:                                       | _____                | Apellidos:           | _____                                |                           |                      |               |                      |
| Tipo de documento:                             | <input type="text"/> | No. Identificación:  | <input type="text"/>                 | Género/Sexo:              | <input type="text"/> | Estado Civil: | <input type="text"/> |
| Lugar de nacimiento:                           | _____                | Fecha de nacimiento: | <input type="text"/>                 | Edad:                     | <input type="text"/> |               |                      |
| Nacionalidad:                                  | <input type="text"/> | País de residencia:  | <input type="text"/>                 | Título Profesión:         | _____                |               |                      |
| Dirección domiciliaria:                        | Principal: _____     | No. _____            | Transversal: _____                   |                           |                      |               |                      |
| Ciudad:  | _____                | Provincia:           | _____                                | Cantón:                   | _____                |               |                      |
| Teléfono(s):                                   | Celular: _____       | Fijo: _____          | Correo electrónico (Personal): _____ |                           |                      |               |                      |
| * Si su identificación es Pasaporte, detallar: | Estado Migratorio:   | <input type="text"/> |                                      |                           |                      |               |                      |
| Fecha de expedición:                           | <input type="text"/> | Fecha de caducidad:  | <input type="text"/>                 | Fecha de ingreso al país: | <input type="text"/> |               |                      |

### 2. INFORMACION LABORAL (CLIENTE):

|                        |                      |   |                                   |                  |       |
|------------------------|----------------------|---|-----------------------------------|------------------|-------|
| Tipo/Relación laboral: | <input type="text"/> | Nombre de Empresa o negocio donde labora: | _____                             |                  |       |
| País de Trabajo:       | _____                | Actividad Económica:                      | _____                             | Cargo/Ocupación: | _____ |
| Dirección laboral:     | Principal: _____     | No. _____                                 | Transversal: _____                |                  |       |
| Ciudad:                | _____                | Provincia:                                | _____                             | Cantón:          | _____ |
| Teléfono(s):           | Celular: _____       | Fijo: _____                               | Correo electrónico laboral: _____ |                  |       |

### 3. INFORMACION FINANCIERA:

|                                     |                                     |                                      |  |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Usted, declara impuesto a la renta: | <input type="text"/>                | Usted, lleva contabilidad:           | <input type="text"/>                   |                                      |
| Ingresos/Mensuales:                 | Ingresos: <input type="text"/>      | Otros Ingresos: <input type="text"/> | Egresos: <input type="text"/>          | Total Ingresos: <input type="text"/> |
| Situación Patrimonial:              | Total Activos: <input type="text"/> | Total Pasivos: <input type="text"/>  | Total Patrimonio: <input type="text"/> |                                      |
| Especifique sus otros ingresos:     | _____                               |                                      |  |                                      |

### 4. DECLARACION SOBRE LA CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE PEP :

|   |                      |   |  |  |
|---|----------------------|---|--|--|
| Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero. | <input type="text"/> | Si su respuesta es SI, indicar:           |  |  |
| Nivel jerárquico:   | <input type="text"/> | Institución: _____                        | Cargo: _____                                       | Fecha: Termina cargo: <input type="text"/> |
| Usted es familiar de un PEP:  | <input type="text"/> | Indicar la relación: <input type="text"/> | 2° grado de consanguinidad o 1° grado de afinidad. |  |
| Nombres y apellidos del PEP:  | _____                | Cargo: _____                              |  |  |
| Usted trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)              | <input type="text"/> | Indique relación: <input type="text"/>    |  |  |
| Nombres y apellidos del PEP:  | _____                | Cargo: _____                              |  |  |

### 5. INFORMACION DEL CÓNYUGE (En el caso de que aplique)

|  |                      |                      |                      |                                      |                      |           |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Nombres:                                       | _____                | Apellidos:           | _____                |                                      |                      |           |                      |
| Tipo de documento:                             | <input type="text"/> | No. Identificación:  | <input type="text"/> | Nacionalidad:                        | <input type="text"/> | Teléfono: | <input type="text"/> |
| Dirección:                                     | _____                | Profesión/Actividad: | _____                | Correo electrónico (Personal): _____ |                      |           |                      |
| * Si su identificación es Pasaporte, detallar: | Estado Migratorio:   | <input type="text"/> |                      |                                      |                      |           |                      |
| Fecha de expedición:                           | <input type="text"/> | Fecha de caducidad:  | <input type="text"/> | Fecha de ingreso al país:            | <input type="text"/> |           |                      |

## 6. VINCULOS ENTRE ASEGURADO, Solicitante, Afianzado y/o Beneficiario (En caso de ser diferentes al Asegurado)

Vínculo:  Relación:  Correo electrónico: (Personal) \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos completos: \_\_\_\_\_

**Si Usted es distinto al Asegurado le llegará a su correo personal un documento de vinculación para ser calificado como Cliente.**

## 7. INFORMACION DE TERCEROS (Representante legal o apoderado, si el cliente es menor de edad)

Nombres y Apellidos completos: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: (Personal) \_\_\_\_\_

**Si Usted es el representante legal o apoderado de un menor de edad, actuará como cliente y deberá llenar el formulario CSC.**

## 8. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro bajo juramento: Que los bienes y valores registrados en este documento, al igual que las transacciones y operaciones que efectuaré con la Compañía Seguros Cóndor S.A., no provienen, ni se destinarán los fondos entregados u obtenidos de ninguna fuente ilegítima o vinculada con negocios de "lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos". En consecuencia, eximo a Compañía de Seguros Cóndor S.A. de toda responsabilidad, aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Declaro que esta información es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada. Declaro que soy conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía Seguros Cóndor S.A. cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía Seguros Cóndor S.A., me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada.

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Compañía de Seguros Cóndor S.A., a realizar los análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; hago extensiva esta autorización a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Compañía de Seguros Cóndor S.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive revisar en los buró de crédito mi información. Así mismo autorizo expresamente a la Compañía Seguros Cóndor S.A. a realizar el análisis que considere pertinente y conozco el deber de la compañía de informar a las autoridades competentes en estricto cumplimiento de leyes relativas al lavado de activos.

Además, otorgo mi libre y voluntario consentimiento para que la Compañía de Seguros Cóndor S.A. de uso a la información que declaro en el presente formulario para los fines propios de la naturaleza de su negocio.

Compañía de Seguros Cóndor S.A., en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de datos Personales, tiene como objetivo precautelarse el derecho que tienen sus clientes, a la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información y la protección de estos. Autorizo los tratamientos de mis datos personales a Compañía de Seguros Cóndor S.A. conforme lo establecido en su Política de Privacidad, sección Aviso de Privacidad dirigido a clientes, documentos que declaro haber leído. Términos y Condiciones en: [www.seguroscondor.com](http://www.seguroscondor.com)

Datos de contacto para firmar y recibir facturas, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas: Autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Cóndor S.A. a registrar mi correo electrónico personal y número celular; citados en mis Datos Personales para recibir la emisión, recepción y firma de documentos de los seguros que tenga contratados con dicha compañía, así como también comprobantes, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas que se emitan a mi favor, para lo cual declaro bajo mi entera responsabilidad que la información entregada al citado correo electrónico tiene validez oficial en cumplimiento a lo establecido en la Ley de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de datos vigente.

\_\_\_\_\_  
Firma  
N° de Identificación:   
Fecha

## 9. Documentos requeridos:

- Copia legible de la cédula o pasaporte del cliente.
- Copia del Registro Único de Contribuyente. (Aplica para clientes que deseen su registro con RUC).

## 10. PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

### RELACION COMERCIAL O CONTRACTUAL

Ramo/Seguro: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada \_\_\_\_\_ Forma de pago \_\_\_\_\_

Dejo constancia de haber revisado y verificado la información del presente formulario en: Listas Pla, Judicial y otras \_\_\_\_\_

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Cliente", estipulado en la Resolución No. JPRF-S-2022-025 y Resolución No. SCVS-DNPLA-2022-0007.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firmas: Canal de vinculación (Bróker o Ejecutivo)

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: Verificador/Asistente

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_