



# Formulario de Vinculación “Conozca a su Cliente” Persona Natural CHUBB

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa respecto de la Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, le solicitamos llenar el presente formulario. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Señale si la Relación Comercial es	<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Fecha		
<b>1. Datos de vinculación</b>					
Señale si ustedes	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario		
Indique los vínculos existentes entre:					
Solicitante - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Solicitante - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
<b>2. Datos de cliente</b>					
Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte					
País de Residencia	Provincia	Nacionalidad	Lugar y fecha de Nacimiento	Edad	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Viudo				
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal		
Correo Electrónico				Teléfono	
<b>3. Información del cónyuge o conviviente (en el caso de que aplique)</b>					
Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte					
<b>4. Actividad económica</b>					
<input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Independiente			¿Usted declara IMP a la renta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Empresa en la que trabaja	Cargo	Profesión:			
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal		
Correo Electrónico				Teléfono	
<b>5. Perfil financiero</b>					
Detalle sus Ingresos Mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo con los siguientes rangos:					
<input type="checkbox"/> De 0 a 425USD	<input type="checkbox"/> De 425 a 1.000	<input type="checkbox"/> De 1.001 a 3.000	<input type="checkbox"/> De 3.001 a 10.000	<input type="checkbox"/> De 10.001 en adelante	Otros Ingresos
Total Activos	USD	Total Pasivos	USD	Patrimonio	USD
Detalle la fuente de otros ingresos					
<b>6. Propósito de la relación comercial (para uso de comercial o asesor productor)</b>					
<input type="checkbox"/> Ramos Generales <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Vida			Valor Asegurado	USD	Canal de distribución:
<b>7. Referencias (obligatorio si la suma asegurada acumulada supera los USD 200.000)</b>					
Tipo de Referencia	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Bancaria				
Nombre de Persona	Teléfono	Razón Comercial	Teléfono	Institución Financiera	No. Cuenta
<b>8. Declaración de información</b>					

**Declaración de Licitud de Fondos:** Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Chubb Seguros Ecuador S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la “Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos”.

**Declaración de Licitud de información:** Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable. Además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

**Autorización:** Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.



# Formulario de Vinculación “Conozca a su Cliente” Persona Natural CHUBB

## 9. Documentos a adjuntar

a) Copia legible del documento de identidad	<input type="checkbox"/>
b) Declaración de Impuesto a la Renta (aplicable para sumas superiores a USD 50.000 en ramos de Vida y A&H, y sumas superiores a USD 30.000 en ramos generales)	<input type="checkbox"/>

**Nota: de acuerdo con la ley de Prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y según el manual interno de la compañía de Prevención de Lavado de Activos, la Compañía podrá solicitar en cualquier momento documentación o información extra que considere pertinente para su correcta evaluación y perfil de riesgo.**

## 10. Declaración de persona expuesta políticamente (PEP)

Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero.

SI

NO

Indicar el nivel jerárquico superior o cargo que desempeña o desempeñó:

Si la respuesta es SI llenar los siguientes campos:	Cargo:	Institución:	Fecha de culminación o inicio del cargo:
---	--------	--------------	--

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

SI

NO

En caso de ser familiar; colaborar o empleado de un PEP, indicar la relación:	Nombres y Apellidos del PEP:	Cargo e institución del PEP:
---	------------------------------	------------------------------

## 11. Consentimiento de uso de datos

**Consentimiento:** Por la presente autorizo de forma inequívoca a Chubb Seguros Ecuador (“Chubb”) para el tratamiento de mis datos personales en virtud de la contratación de seguros, entendido como la recolección, transferencia, almacenamiento, análisis y perfilamiento y, tratamiento en general de mis datos personales que sean necesarias para la finalidad descrita. Asimismo, autorizo a Chubb a utilizar mi información personal para validación de identidad y/o cualquier otra operación necesaria para el servicio prestado por Chubb en virtud de la relación contractual o precontractual que nos vincule; por lo que autorizo expresamente a Chubb a contactarme, por sí o mediante terceros, para fines publicitarios, comerciales o meramente informativos a mi teléfono (fijo y/o celular), correo electrónico y/o domicilio personal.

Autorizo a Chubb a transferir mis datos personales a terceros, siempre y cuando se encuentre dentro de las finalidades descritas en este consentimiento, como también a realizar la transferencia y/o almacenamiento internacional de mis datos personales tanto a Chubb como a cualquier tercero que opere en su nombre, por el tiempo que dure la relación contractual o pre- contractual y posterior por causas legítimas de tratamiento establecido en la normativa aplicable.

Por último, declaro conocer y tener a disposición la Política de Privacidad de Chubb en <https://www.chubb.com/ec-es/>, a la vez que declaro conocer mis derechos de acceso, rectificación y revocación sobre mis datos personales, los cuales podrán ser ejercidos mediante el envío de correo electrónico [privacidadecuador@chubb.com](mailto:privacidadecuador@chubb.com) o al número telefónico 2 3731810 Ext 2412 en cualquier momento.

## 12. Firma del ejecutivo o el asesor productor

Declaro haber cumplido con el proceso de la Política “Conozca a su Cliente”, de acuerdo a lo requerido en la normativa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

Firma

Nombre del AsesorProductor	Nombre delEjecutivo	No. de Credencial
----------------------------	---------------------	-------------------

## 13. Firma del solicitante y/o asegurado

Firma

No. Documento