



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONAS NATURALES

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Liberty Seguros S.A.

(1).- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____		Nacionalidad:
Dirección Residencia	Calle Principal No. Transversal		
	Barrio/Sector:	Ciudad:	País
Teléfonos:	Domicilio:	Celular:	Correo electrónico:
Nombres completos Cónyuge o conviviente:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
			No. ID.

(2).- VINCULOS DEL CONTRATANTE (Según corresponda al tipo de ramo)

Relacionados	Parentesco / Relación (Tabla 14 SBS)	No. ID	Apellidos	Nombres Completos
Asegurado <input type="checkbox"/>	Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/>			
Afianzado <input type="checkbox"/>	Hermano(a) <input type="checkbox"/> Suegro(a) <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/>			
Beneficiario <input type="checkbox"/>	Cuñado(a) <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			

En caso que existan varios beneficiarios, debe adjuntar un listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres

(3).- DATOS ACTIVIDAD ECONOMICA / OCUPACION / NEGOCIO

Empleado Privado <input type="checkbox"/>	Empleado Público <input type="checkbox"/>	Negocio Propio <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>
Nombre o Razón Social lugar de trabajo		Actividad Económica		Cargo	
Dirección lugar de trabajo	Calle Principal No. Transversal		Teléfonos		
	Barrio/Sector:	Ciudad:	País	Correo electrónico:	

(4).- INFORMACION FINANCIERA

Actividad principal: Total Ingresos mensuales: <input style="width: 100px;" type="text"/> USD\$	Situación Financiera:				
En caso de tener ingresos diferentes a los de la actividad económica principal, indicar:					
Otros ingresos Total Ingresos mensuales: <input style="width: 100px;" type="text"/> USD\$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Total Activos</th> <th style="width: 50%;">Total Pasivos</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Total Activos	Total Pasivos		
Total Activos	Total Pasivos				
Fuente: _____					

(5).- DATOS DE LA RELACION COMERCIAL

Ramo: Vida Grupo <input type="checkbox"/>	Acc. Personales <input type="checkbox"/>	Vehículos <input type="checkbox"/>	Generales <input type="checkbox"/>	Fianzas <input type="checkbox"/>
Nuevo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	Total Suma Asegurada: <input style="width: 100px;" type="text"/> USD \$		

(6).- REFERENCIAS (obligatorio si la suma asegurada acumulada es mayor a US\$ 200.000)

Referencias Personales			Referencias Comerciales			Referencias Bancarias/ Tarjeta Crédito	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Entidad	Monto	Teléfono	Institución Financiera	Tipo

(7).- EMISION DE FACTURA

Contratante: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
Si la factura es a nombre de "Otro" llenar:	
Nombre / Razón Social:	
C.I./RUC No.	Relación con Contratante:
Dirección: Calle principal	Transversal:

(8).- INFORMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTROS

Institución Financiera: _____	Tipo de Cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Titular de la Cuenta: _____	Número Cuenta <input style="width: 150px;" type="text"/>
No. ID: _____	

**El Titular de la cuenta de pago será el Contratante y/o Beneficiario declarado en la póliza.*

(9).- DECLARACION

Declaración:

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiendome a comunicar oportunamente a LIBERTY SEGUROS S.A., los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; Además declaro que la relación con LIBERTY SEGUROS S.A., tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaración de PEP (Persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior)

Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI ____ NO ____ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo: Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc.: o que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional.

Autorización

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a LIBERTY SEGUROS S.A., para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información, cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

Firma del Contratante

C.I. No.

(10).- DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o Razón Social:

No Credencial:

Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado

Confirmando haber 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

(11).- USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Confirmando que el formulario de vinculación está correctamente diligenciado y se adjunta la documentación requerida en el mismo para la vinculación de clientes.

Revisión de listas: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: _____

Firma Funcionario

____/____/_____
Fecha

(12).- DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

Copia del Documento de Identificación del contratante

Copia del Documento de Identificación del cónyuge o conviviente legal del contratante

Copia de un recibo de servicio básico, de los últimos tres meses, agua, luz o teléfono

Confirmación del pago del Imp. a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI en su página web de acceso público.

Cuando la suma asegurada acumulada sea mayor a US\$ 50.000

NOMBRE Y FIRMA ASESOR COMERCIAL

Nombre: _____

Firma: _____