

FORMULARIO 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 Liberty Seguros S.A.

Información del Solicitante / Asegurado

Nombres:						Apellidos:			
Lugar y fecha de nacimiento:						Nacionalidad:			
Tipo de Documento:	C.I:	RUC:	Pasaporte:	Documento extranjero:	Otros:	N° ID:			
Dirección:	País:					Provincia:			
	Cantón:					Ciudad:			
	Calle principal:					N°:			
	Calle transversal:					Referencias:			
Teléfonos:	Celular:					Correo electrónico:			
Estado Civil:	Soltero: ☐					Casado: ☐	Divorciado: ☐	Viudo: ☐	Unión de hecho: ☐

Nombres del Cónyuge o Conviviente Legal (si aplica):

Nombres:						Apellidos:		
Tipo de identificación:	C.I: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐	Otros: ☐	N° ID:			
Nacionalidad:								

Vínculos del Contratante (en caso de que la persona sea diferente)

***NO OLVIDE ENTREGAR EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN SI ES DIFERENTE DEL CONTRATANTE/BENEFICIARIO O ASEGURADO EN ESTE CAMPO**

Relacionados	Parentesco / Relación (Tabla 14SCVS)	No. ID
Solicitante		
Asegurado		
Beneficiario		

Datos de la actividad económica / Información Financiera

Describa su actividad económica:			
Fuente de ingresos:			
Lugar de Trabajo:	Público: ☐	Privado: ☐	Independiente: ☐
	Otros: ☐		
Profesión:			Cargo:
Señale sus Ingresos mensuales:			
	Total Activos:	Total Pasivos:	
¿Posee ingresos diferentes a la actividad económica descrita anteriormente?	Si ☐		No ☐
Ingresos diferentes descritos a la actividad principal descrita anteriormente USD.			
Fuente de otros ingresos:			

¿Necesitas más información?

www.libertyseguros.ec



Quito
393 21 00



Línea nacional
1800-542378



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Natural)

Referencias:(Obligatorio si la suma asegurada es superior a USD. 50.000)

Personal		Comercial		Bancaria	
Nombres	Teléfono	Razón Social	Teléfono	Inst. Financiera	Tipo de cuenta

Datos de la Relación Comercial

Señale Tipo de Póliza a contratar:

Suma asegurada:

Declaración de persona expuesta políticamente (PEP's)

Declaración:

Declaro bajo juramento que SI NO me encuentro ejerciendo un cargo considerado políticamente expuesto.
En caso de que la respuesta sea positiva, indicar:

Cargo:

Función:

Jerarquía:

Entidad donde desempeña tal función:

Fecha del nombramiento de designación de cargo:

y Fecha de culminación de cargo (en caso de aplicar):

Adicional indicar si usted mantiene alguna de las siguientes relaciones mencionadas:

Tipo de relación:			En caso de que su respuesta sea afirmativa colocar la siguiente información:	
• Colaborador directo	SI	NO	Nombres:	Cargo:
• Relación empresarial (por afinidad)	SI	NO	Nombres:	Cargo:
• Relación societaria	SI	NO	Nombres:	Cargo:
• Relación comercial	SI	NO	Nombres:	Cargo:

Declaraciones

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; comprometiéndome 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.

Declaración de origen lícito de recursos: El cliente declara libre y voluntariamente, que las transacciones y operaciones que ha efectuado o efectuará con Liberty no provienen ni provendrán de fondos obtenidos de forma ilegítima o vinculados con negocios de lavado de activo, financiamiento del terrorismo y otros delitos. Y los recursos pagados por Liberty serán utilizados de forma lícita.

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 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. De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Liberty Seguros S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrato y por escrito.

Nota: El contratante acepta que puede acceder a su factura en formato electrónico a través del portal web www.liberty.ec en la sección Facturación Electrónica, para libre consulta y descarga.

¿Necesitas más información?



Quito
393 21 00



Línea nacional
1800-542378

www.libertyseguros.ec



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
(Persona Natural)**Documentos Requeridos**

- Copia de la cédula de ciudadanía del contratante
- Copia de la cédula de ciudadanía del cónyuge o conviviente legal del contratante
- Copia de un recibo de servicio básico (agua, luz, teléfono)
- Confirmación del 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 \$50.000)

Firma del Contratante:

Nombre del contratante:

Firma del contratante

Lugar:

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 Corredor/Ejecutivo Comercial

Para 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 - Proceso Automático

Nombre del funcionario que realizó el proceso de revisión:

Firma Funcionario

Fecha:

