

FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR (Persona Natural)

Liberty Seguros S.A. está realizando procedimientos de debida diligencia respecto a las operaciones de nuestros proveedores, que nos permitan establecer perfiles de comportamiento, con el fin de cumplimiento a la normativa vigente emitida por SCVS. Este formulario servirá como un medio de obtención de información, la misma que Liberty Seguros mantendrá en confidencialidad. El personal de Liberty Seguros podría contactarse con usted en caso de tener alguna pregunta adicional.

Los campos no deben quedar en blanco, de no tener respuesta alguna deberá colocar N/A.

Información del Solicitante/Asegurado

Nombres:					Apellidos:			
Lugar y fecha de nacimiento:					Nacionalidad:			
Tipo de Documento:	C.I: <input type="checkbox"/>	RUC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	N° ID:			
Dirección:	País:			Provincia:				
	Cantón:			Ciudad:				
	Calle principal:				N°:			
	Calle transversal:			Referencias:				
Teléfonos:	Celular:			Correo electrónico:				
Estado civil:	Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>	Unión de hecho: <input type="checkbox"/>			

Nombres 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"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	N° ID:		
Nacionalidad:							

Información Financiera

Origen de ingresos:							
Total Pasivos:							
Total Activos:							
Ingresos Anuales:							
¿Posee ingresos diferentes a la actividad económica descrita anteriormente?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Ingresos diferentes descritos a la actividad principal descrita anteriormente: USD.							
Fuente de otros ingresos:							

FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR (Persona Natural)

Pagos por transferencia - Datos Bancarios

Se deberá pagar únicamente al proveedor registrado y no a un tercero.

Concepto de pago:

Banco:

Número de cuenta:

Tipo de cuenta:

E-mail:

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:

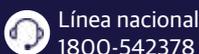
Fecha del nombramiento de designación de cargo:

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:	

¿Necesitas más información?



www.liberty.ec



FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR (Persona Natural)

Declaraciones

Mediante este documento procedo a liberar y mantener ilesa a cualquier persona, empresa, entidad, institución o agencia gubernamental de toda responsabilidad con respecto a la entrega de la información a Liberty Seguros S.A. Además, mediante este documento procedo a liberar y mantener a Liberty Seguros S.A., y sus propietarios, directores y empleados, ilesos de todo reclamo, gastos y responsabilidades con respecto a la recepción de esa información. Comprendo que la investigación de información general llevada a cabo por Liberty Seguros S.A., incluirá la recopilación de información acerca de mi empleo anterior y educación, reputación y búsquedas de información pública disponible, incluidos los litigios civiles y los registros de antecedentes penales.

Autorización

Declaración de origen lícito de recursos: Él proveedor 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 activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos. Y los recursos pagados por Liberty serán utilizados de forma lícita.

Declaro que los datos e información suministrada en el presente documento es verdadera, fidedigna y actualizada. Así mismo, autorizo a LIBERTY SEGUROS, en forma expresa e irrevocable, a verificar mis referencias y obtener información comercial, bancaria y financiera con quienes considere conveniente e informe a las autoridades competentes si fuera el caso.

Autorización Tratamiento de Datos Personales

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador declaro que conozco específicamente el tratamiento que se dará a mis datos y expresamente acepto y autorizo a Liberty Seguros S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servicios 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 y en concordancia a lo prescrito en la Ley.

Declaración de conflictos de interés

¿Mantiene usted relación con algún colaborador de Liberty o socio comercial?

Sí No

En caso afirmativo, especificar:

Nombre Completo

Tipo de parentesco

Cargo Colaborador Liberty

Tipo de socio comercial

Documentos a adjuntar junto con el formulario

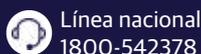
Conozco la obligación que tiene la compañía de actualizar anualmente los datos contenidos en este formulario, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a LIBERTY SEGUROS S.A., cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con LIBERTY SEGUROS S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que sea solicitada.

	Si	No
• Copia de RUC		
• Cédula de ciudadanía del proveedor		

Firma del Contratante

Nombre del proveedor: Firma:
Lugar: Día: Mes: Año:

¿Necesitas más información?



www.liberty.ec

