



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).- INFORMACION DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE

Apellidos:		Tipo Documento de ID:	
Nombres:		Número de ID:	
Género:	Estado Civil:	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
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				
Afianzado				
Beneficiario				

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

(3).- DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN / NEGOCIO

Tipo actividad Económica		
Nombre o Razón Social lugar de trabajo	Actividad Económica	Cargo
Dirección lugar de trabajo	Calle Principal No. Transversal	
	Teléfonos	
Ciudad:	País:	Correo electrónico:

(4).- INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos mensuales Actividad Económica:		Situación Financiera:	
		Total Activos	Total Pasivos
		_____	_____

(5).- DATOS DE LA RELACION COMERCIAL

Tipo Ramo:		Tipo Póliza	
		Total Suma Asegurada:	USD \$ _____

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

Tipo Referencia	Nombre persona	Teléfono	Razón Comercial	Teléfono	Institución Financiera	Tipo Producto
Personal					DEL PICHINCHA C.A.	Inversiones
Comercial					PRODUBANCO S.A	Cta. Corriente

(7).- EMISIÓN DE FACTURA

Emisión de Factura:	Otro	Si la factura es a nombre de "Otro" llenar:	Nombre:
C.I./RUC No.		Teléfono:	Relación con Contratante:

(8).- DECLARACIÓN

Declaración:
Concedor(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; 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.

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.

Firma del Contratante
C.I. No. _____

(9).- DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o Razón Social:	No Credencial:
Nombre y Cargo del Ejecutivo encargado	
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	

(10).- USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Confirmo 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

(11).- DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA NATURAL

Copia del Documento de Identificación del contratante	<input type="checkbox"/>
Copia del Documento de Identificación del cónyuge o conviviente legal del contratante	<input type="checkbox"/>
Copia de un recibo de servicio básico, de los últimos tres meses, agua, luz o teléfono	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
Cuando la suma asegurada acumulada sea mayor a US\$ 50.000	
NOMBRE Y FIRMA ASESOR COMERCIAL	
Nombre:	_____
Firma:	_____