



APRECIADO CLIENTE
CONCEDORES DE SU ALTO SENTIDO DE PARTICIPACION EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y NORMAS SOBRE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS, NOS PERMITIMOS SOLICITAR A USTED, LLENAR EL FORMULARIO Y ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO, YA QUE SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. DEBE IDENTIFICAR A SUS CLIENTES, PARA LO CUAL APLICARÁ EN FORMA OBLIGATORIA ESTE FORMULARIO

Esta información es de estricta CONFIDENCIALIDAD, la misma que será utilizada por Sweaden.S.A, para la emisión o renovación de sus pólizas

INFORMACION DEL CLIENTE ASEGURADO

Nombres:		Apellidos:	
Tipo de Identificación:	CI: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> ID Refugiado: <input type="checkbox"/>	Número:	
Actividad Económica:		Lugar y Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa) _____, / /	
Residencia: País:	Ciudad:	Teléfonos:	Celular:
Dirección:		Email:	
¿Es Usted el beneficiario directo de su póliza? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de que su respuesta fuese negativa, llene la sección de beneficiario al reverso del formulario.			
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____			

INFORMACION ADICIONAL DEL CÓNYUGE

Nombres:		Apellidos:	
Tipo de Identificación:	CI: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> ID Refugiado: <input type="checkbox"/>	Número:	
Actividad Económica:		Lugar y Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa) _____, / /	

PERFIL FINANCIERO/ NIVEL DE INGRESO DEL CLIENTE ASEGURADO

ACTIVIDAD ECONÓMICA	
Descripción de la principal actividad económica o no económica, de acuerdo a la lista de la SBS	Detalle de los ingresos netos diferentes a los originados en la actividad económica principal
Dependiente: <input type="checkbox"/> Independiente: <input type="checkbox"/>	Dependiente: <input type="checkbox"/> Independiente: <input type="checkbox"/>
Nombre de la empresa: Cargo:	Nombre de la empresa: Cargo:
Total de ingresos Mensuales: USD.	Ingresos Mensuales: USD.
Total de egresos Mensuales: USD.	Egresos Mensuales: USD.
Si su actividad es independiente Fuente:	Fuente (Obligatorio):

SITUACIÓN FINANCIERA CUANDO EL MONTO ASEGURADO SEA ENTRE \$ 50. 000,00 y \$ 200.000,00

Activos:	Pasivos:	Patrimonio:
----------	----------	-------------

CUANDO EL MONTO ASEGURADO SEA MAYOR A \$ 200.000,00

Referencias Personales			Referencias Bancarias			Referencias Comerciales	
Nombre	Parentesco	Telefono	Banco	Tipo de Cuenta	N° de Cuenta	Entidad	Telefono

PROPOSITO DE LA RELACION COMERCIAL Y CALIDAD DE PEPS

Marque con un Visto o una "X". Éste formulario se aplica para? INICIO DE LA RELACION COMERCIAL RENOVACION

Ud. o sus parientes (abuelos , padres , hijos, hermanos, tios, primos, suegros, cuñados), o colaboradores cercanos, desempeñan o han desempeñado funciones públicas de injerencia política a nivel nacional o internacional, durante el último año?
SI NO CARGO:

DECLARACION DE INFORMACION Y LICITUD DE FONDOS

Declaro que la información contenida en este formulario, es verdadera , completa, proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de manera oportuna a SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. cualquier cambio de la información proporcionada.

CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, DECLARO QUE TANTO MI ACTIVIDAD ECONOMICA, PROFESIÓN Y LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE ORIGEN LICITO.

AUTORIZACION

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA LA PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA E IRREVOCABLE A SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI COMO A PROPORCIONAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES MI INFORMACION SI ASI LO REQUIEREN, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Firma del Cliente

Fecha

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

NOMBRE O RAZON SOCIAL	CREDENCIAL	NOMBRE DEL EJECUTIVO
-----------------------	------------	----------------------

En cumplimiento a la Resolución de la Junta Bancaria JB-2013-2454- Art. 17 "Si la Contratación de los productos ofrecidos por las empresas de seguros se realiza por intermedio de los Asesores Productores de Seguros, éstos serán responsables de la recopilación de la información y de documentación, que deberá realizarse en los formularios de inicio de relación comercial previstos por la empresa de seguros, obligación que constará en los contratos de agenciamiento"

Asesor productor de Seguros
Nombre Asesor / Ejecutivo:

Fecha



PERSONA NATURAL FORMULARIO C1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INICIO Y RENOVACIÓN DE RELACIÓN COMERCIAL "CONOZCA A SU CLIENTE"
PERSONA NATURAL Resolución JB-2013-2454-RO 940 del 24 de abril 2013 Art. 14

APRECIADO CLIENTE
CONCEDORES DE SU ALTO SENTIDO DE PARTICIPACION EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y NORMAS SOBRE
PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS, NOS PERMITIMOS SOLICITAR A USTED,
LLENAR EL FORMULARIO Y ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO, YA QUE SWEADEN
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. DEBE IDENTIFICAR A SUS CLIENTES, PARA LO CUAL APLICARÁ EN FORMA
OBLIGATORIA ESTE FORMULARIO

Esta información es de estricta CONFIDENCIALIDAD, la misma que será utilizada por Sweaden.S.A, para la emisión o renovación de sus pólizas

BENEFICIARIO

Apellidos:

Nombres:

Tipo de Identificación: C.I Pasaporte : ID Refugiado: N° de Identificación:

Nacionalidad:

Dirección de Domicilio:

Nombre de la empresa o actividad económica que realiza: Cargo:

Residencia : País: Ciudad: Correo electrónico: Teléfono:

Vínculo existente con el Asegurado (Cónyuge, hermano, amigo, jefe, etc):

NOTA: Por favor adjuntar el documento de identificación del Beneficiario, aparte de los documentos solicitados al cliente asegurado.

INFORMACION Y DOCUMENTACION A SOLICITAR

REQUISITOS PARA: personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea igual o inferior a US\$ 50.000,00

- 1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos.
- 2.- Copias de los documentos de identificación: cédula de identidad del cliente y de su cónyuge, pasaporte vigente y de ser aplicable.
- 3.-Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable.

REQUISITOS PARA: personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea superior a \$50.000,00 e inferior a \$ 200.000,00

- 1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos.
- 2.-Copias de los documentos de identificación del cliente y su cónyuge, pasaporte vigente de ser aplicable.
- 3.-Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable.
- 4.-Copia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior, o constancia de información publicada por el servicio de rentas a través de la pagina web

REQUISITOS PARA: personas naturales, con contratos cuya suma asegurada sea mayor a \$ 200.000,00 .

- 1.-Formulario de vinculación con los datos requeridos
- 2.-Copias de los documentos de identificación: cédula de identidad del cliente y su cónyuge pasaporte vigente y de ser aplicable.
- 3.-Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos, de ser aplicable.
- 4.-Copia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior, o constancia de información publicada por el servicio de rentas a través de la pagina web
- 5.- Referencias personales, bancarias, y comerciales.

USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente". PERSONA NATURAL

Asesor / Ejecutivo

Aprobado por:

Fecha