

Oficina :

RECOMENDACIÓN

El formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras. La información solicitada se encuentra conforme las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento y resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS), Junta de Política y Regulación Financiera y Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

I. INFORMACIÓN BÁSICA SOLICITANTE

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|-----------|---|------------|----------------|----|
| Nombres Completos | | Apellidos (Paterno – Materno) | | | | | |
| Tipo identificación | | Cédula | Pasaporte | N° Identificación | | | |
| Ciudad y fecha de nacimiento | | | | | | | |
| Nacionalidad | | | | | | | |
| País de residencia | | | | Tiempo de residencia (en caso de ser extranjero) | | | |
| Estado civil actual | | Soltero | Casado | Viudo | Divorciado | Unión de hecho | |
| Separación de bienes | | SI | NO | Poder especial | | SI | NO |
| Profesión | | | | | | | |
| Dirección domicilio: Calle principal | | | | | | | |
| Número | | | | Código postal | | | |
| Calle secundaria | | | | | | | |
| Sector / Barrio | | | | | | | |
| Provincia | | | | Cantón | | | |
| Ciudad | | | | Parroquia | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | |
| Teléfono | | | | Celular | | | |

II. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE (En el caso que aplique)

| | | | | | |
|------------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------|--|
| Nombres Completos | | Apellidos (Paterno – Materno) | | | |
| Tipo identificación | | Cédula | Pasaporte | N° Identificación | |
| Nacionalidad | | | | | |
| Dirección de domicilio | | | | | |
| Profesión | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | |
| Teléfono | | | | Celular | |

III. ACTIVIDAD ECONÓMICA

| | | | | | |
|---|------------------|----------------|----------|--------------|-------------|
| Empleado privado | Empleado público | Negocio propio | Jubilado | Estudiante | Ama de casa |
| Nombre de la empresa donde trabaja | | | | | |
| Actividad económica de la empresa | | | | | |
| Cargo | | | | | |
| Actividad independiente que realiza y/o giro de su negocio: | | | | | |
| Dirección lugar de trabajo | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | Teléfono (s) | |

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|-----------------------|--|---|--|
| Ingresos mensuales \$ | | Egreso mensuales \$ | |
| Otros ingresos \$ | | Especifique la fuente de otros ingresos | |
| Total activos (a) \$ | | Total pasivos (b) \$ | |
| Patrimonio (a - b) \$ | | | |

V. DECLARACION SOBRE LA CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP) DEL SOLICITANTE O CONTRATANTE

Personas Expuestas Políticamente (PEP): son todas aquellas personas naturales nacionales o extranjeras, que desempeñan o han desempeñado funciones o cargos públicos destacados en el Ecuador o en el extranjero, desarrollan funciones prominentes en una organización internacional, o tienen relación hasta el 2do. grado de consanguinidad o 1er. grado de afinidad con una PEP, es, o se considera como un estrecho colaborador de una persona pública.

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero
 Nota: Si la respuesta es SI, llenar los siguientes campos. SI NO

Organismo/ Institución:

Cargo que desempeña o desempeñó

Fecha de culminación del cargo

¿Es usted familiar de una PEP (padre/hijos/abuelos/nietos, cónyuge o conviviente) o usted trabaja de forma directa o es colaborador cercano de una PEP (Persona expuesta políticamente)? SI NO
 Nota: Si la respuesta es SI, llenar los siguientes campos

Relación o parentesco que tiene con la PEP:

Apellidos y nombres del PEP:

Institución del PEP:

Cargo

VI. SITUACION FINANCIERA (PRINCIPALES ACTIVOS) APLICA SOLO PARA EL RAMO DE FIANZAS

| DINERO EN EFECTIVO Y SALDO EN BANCOS | | CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR | | |
|--------------------------------------|----------|---------------------------------|------|----------|
| Institución | Valor \$ | Deudor | Tipo | Valor \$ |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DESCRIPCIÓN DE BIENES INMUEBLES

| Tipo inmueble | Ubicación | Avalúo comercial \$ | Gravamen |
|---------------|-----------|---------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DESCRIPCIÓN BIENES MUEBLES (Vehículos / Maquinaria y equipos)

| Descripción/Tipo | Marca | Modelo | Año | Avalúo comercial \$ | Gravamen |
|--------------------------------------|---------|--------|-------------------|---------------------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ACCIONES / INVERSIONES / BONOS | Entidad | | Tipo de Inversión | | Valor \$ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONA NATURAL

FOR-CUM-1.4

VII. REFERENCIAS BANCARIAS / TARJETAS DE CRÉDITO APLICA SOLO PARA EL RAMO DE FIANZAS

| Institución | # Cuenta | Tipo | | Institución (Emisor Tarjeta) | # Tarjeta | Cupo |
|-------------|----------|---------|-----------|------------------------------|-----------|------|
| | | Ahorros | Corriente | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VIII. DECLARACIONES

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos, por tanto, es mi obligación actualizar la referida información de forma anual o, cuando exista algún cambio, todo esto de manera documentada; adicional, como parte del control y verificación, me comprometo a entregar la información y/o documentación adicional cuando me sea requerida. Así mismo, declaro que los recursos, bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de su aplicación, tienen y tendrán origen y destino lícito.

Autorizo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, para que verifique, revise u obtenga la información que considere necesaria, sobre mi persona y la disponible en el buró de crédito, mientras dure la relación contractual y de conformidad con lo requerido por la autoridad competente.

Así mismo, autorizo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros a transferir o entregar la información que corresponda, incluido datos de mis riesgos crediticios resultantes de nuestra relación contractual, a los burós de crédito y/o a otra institución debidamente autorizada por la ley.

Eximo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, de cualquier tipo de responsabilidad, inclusive frente a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

IX. AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a INTEROCEANICA COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS, en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales a tratar mis datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con el contrato de seguro y con las relaciones jurídicas y/o comerciales que se puedan desprender del mismo.

Para más información sobre el tratamiento de los datos personales consulta en nuestra página web <https://www.segurosinteroceanica.com/politica-de-privacidad/>.

Para el ejercicio de los derechos envía una solicitud a datos.personales@segurosinteroceanica.com

Mediante la firma del presente, autorizo a Interoceánica C.A. de Seguros el envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios que puedan ser de su interés.

| | |
|---------------|-------------------------------|
| | Firma del cliente solicitante |
| Lugar y Fecha | |

X. PARA USO INTERNO DE INTEROCEANICA COMPAÑIA ANÓNIMA DE SEGUROS

Certifico que he revisado la información proporcionada por el cliente solicitante y/o contratante, y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la política "Conozca a su Cliente", según las normas vigentes y políticas internas de la Compañía. Además he realizado la revisión de los datos del solicitante y/o contratante y sus relacionados, en las listas reservadas

| Revisado y confirmado por: | | | Aprobado por: | |
|----------------------------|------------|-----------|---------------------|-------------|
| Analista | Suscriptor | Ejecutivo | Jefatura | Coordinador |
| Apellidos y Nombres: | | | Apellidos y Nombres | |
| Fecha: | | | Fecha: | |
| Firma: | | | Firma: | |