

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN CONTRATANTE PERSONA NATURAL DIFERENTE AL ASEGURADO

## SECCIÓN 1 – DATOS PERSONALES

Primer apellido:		Segundo apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte		No. de identificación:					
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		Edad:		Fecha de nacimiento: día:____ mes:____ año:____			
Lugar de nacimiento:				Nacionalidad:			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/>							
Dirección domicilio:							
Provincia:		Ciudad:		País:		No. Teléfono celular:	
País de residencia fiscal*:			No. Teléfono domicilio:			Correo electrónico:	

## SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE DEL PROPUESTO ASEGURADO

Primer apellido:		Segundo apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pasaporte		No. de identificación:					

## SECCIÓN 3 – ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL DEL PROPUESTO ASEGURADO

Es usted: <input type="checkbox"/> Empleado privado <input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/>							
Nombre de la empresa:				Cargo:			
Actividad económica de la empresa:				Años en este empleo:			
Actividad independiente que realiza y/o giro de su negocio:							
Dirección:							
Provincia:			Ciudad:			País:	
Número de teléfono:				Correo electrónico laboral:			

## SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales de su actividad económica principal		(+) USD
Otros ingresos mensuales diferentes a la actividad económica principal		(+) USD
Fuente de otros ingresos_____		
Total ingresos mensuales		= USD
Total egresos mensuales		= USD
Situación financiera		Total activos = USD
		Total pasivos = USD

## SECCIÓN 5 – RELACIÓN CON EL ASEGURADO PROPUESTO

Vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto:

Cónyuge	Hijo	Padre	Madre	Laboral	Comercial	Otro: (Especifique)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## SECCIÓN 6 – DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA - PEP

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero:  Si  No

En caso de ser afirmativo: Institución: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de culminación: \_\_\_\_\_

Usted es familiar de un PEP (padres/hijos/abuelos/nietos o cónyuge) ó usted trabaja con una Persona Expuesta Políticamente de forma directa:  Si  No

En caso de ser afirmativo: Nombres y apellidos de la Persona Expuesta Políticamente - PEP: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Parentesco/Relación: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 7 – DECLARACIONES

1. Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud es verdadera, completa y actualizada y que constituye la base sobre la que solicita el seguro. Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas, eximirá a **SEGUROS DEL PICHINCHA** de toda obligación de indemnizar.
2. Declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, comunicar y documentar de manera inmediata a **SEGUROS DEL PICHINCHA** cualquier cambio en la información o documentación que he proporcionado. Durante la vigencia de la relación contractual con **SEGUROS DEL PICHINCHA**, me comprometo a proveer la información y la documentación que me sea solicitada.
3. Declaro que no se podrá suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, ficticios o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del asegurado, contratante o beneficiarios de la póliza de seguro.
4. Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con **SEGUROS DEL PICHINCHA** no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, el financiamiento del terrorismo, el financiamiento de otros delitos, ni es producto de algún delito. Así mismo declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con **SEGUROS DEL PICHINCHA** desde el inicio de la relación comercial hasta la finalización de la misma.

## SECCIÓN 8 – AUTORIZACIONES

1. Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA** a realizar el análisis y verificaciones que considere pertinente, autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a **SEGUROS DEL PICHINCHA** toda información que ésta requiera, así como solicitar documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política conozca a su cliente, requerida por los entes de control.
2. Ningún historial médico existente sustituye mi obligación de contestar con veracidad las preguntas sobre mi historial de médico/estado de salud, en la presente solicitud. La información que se detalla en esta solicitud es importante y necesario, por cuanto constituye fuente de selección del riesgo. La falta de veracidad u omisión liberará a **SEGUROS DEL PICHINCHA** del cumplimiento de sus obligaciones. **SEGUROS DEL PICHINCHA** considerará la presente solicitud como elemento sustancial para la evaluación y posterior emisión de la póliza. El solicitante tiene el deber absoluto de proveer la información veraz, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o omisión de la información en la solicitud del seguro podrá acarrear su anulación.
3. Autorizo a cualquier prestador o proveedor de servicios no médicos, como por ejemplo, establecimientos educativos, deportivos, o cualquier otra entidad pública o privada portadora o tenedora de información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a **SEGUROS DEL PICHINCHA** toda la información que le sea solicitada.
4. Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA**, a obtener toda la información que considere necesaria, de cualquier médico, prestador de salud, aseguradoras, empresas de medicina prepagada nacional o internacional, información sobre exámenes, tratamientos, diagnóstico, antecedentes médicos, etc. pero no limitada a exámenes o tratamientos médicos realizados, o que en el futuro se me practiquen mientras se encuentran vigente la póliza. Cualquier acción por parte del asegurado o sus médicos que busquen obstaculizar la liberación de la información solicitada, liberará a **SEGUROS DEL PICHINCHA** toda responsabilidad.
5. Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA** a utilizar, tratar y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio. Así mismo, autorizo contactarme por cualquier medio con fines publicitarios y comerciales de nuevos productos de la aseguradora; y, autorizo que utilicen y traten mi información personal proporcionada con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del consumidor. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relación contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.
6. En caso de que mi solicitud de contratación de seguro sea aprobada, conozco que Seguros del Pichincha S.A emitirá un certificado en el que se detallan coberturas, condiciones y demás; y autorizo que toda la información vinculada con el producto, incluyendo, pero no limitando al envío de dicho certificado, resumen de póliza, y factura, sea enviada al correo electrónico señalado en el presente documento. Adicionalmente reconozco que los mensajes de datos tienen igual valor jurídico que los documentos escritos y su eficacia y valoración se somete a la ley de comercio electrónico, firmas y mensajes de datos.

La presente autorización para el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar a consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con la compañía **SEGUROS DEL PICHINCHA S.A.** y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados.

## SECCIÓN 9 – FIRMAS

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que ha suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será utilizada por **SEGUROS DEL PICHINCHA** para la emisión de pólizas de seguros:

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante



\_\_\_\_\_  
Seguros del Pichincha

**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DEL PICHINCHA**

Nombre:

Fecha:

Cargo:

Revisión en listas

Si

No

---

**Firma del asesor**

(\* ) Si Ud es una persona natural y el país de su residencia fiscal es diferente a Ecuador o tiene una residencia fiscal adicional debe llenar el formulario de auto certificación de residencia fiscal de persona natural.

La Residencia fiscal la establece la legislación de cada país y su relación podría ser por permanencia, ingresos, vínculos familiares, pago de impuestos, activos, entre otros. Consulte con su asesor tributario.

Una persona natural puede tener más de una residencia fiscal.

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-57-872004420-11032021 el 11-03-2021.