



**FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN "BENEFICIARIO FINAL"**

Revisado: 03/08/2020

Cap. III: Normas para las Instituciones del Sistema de Seguro Privado sobre Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros.

La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco (escriba N/A)

FECHA:		CIUDAD:		N° DE PÓLIZA:		RAMO CONTRATADO:	
N° DE RECLAMO:		VALOR DEL PAGO:				N° DE BENEFICIARIOS:	

<b>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL ASEGURADO:</b>		<b>N° IDENTIFICACIÓN (C.I., RUC, PASAPORTE)</b>	
---	--	---	--

**1.- INFORMACIÓN BÁSICA DEL O LOS BENEFICIARIOS FINALES (DATOS OBLIGATORIOS)**

**DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO**

14.1.1 Apellidos y Nombres / Razón Social:				Estado civil:	
14.1.3 Tipo de Documento	Número de identificación:			Género (sexo):	M ( ) F ( )
14.1.2 Lugar y fecha de nacimiento:				Nacionalidad:	
14.1.4 País de Domicilio:	Provincia:			Cantón:	
Calle Principal:	N°:			Transversal:	
14.1.5 Sector:			Ciudad:		
Teléfono de domicilio:	Celular:			14.1.6 Correo electrónico:	

**2.- INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE**

14.1.7 Apellidos completos y Nombres:		14.1.3 Tipo de documento		Número de identificación:	
---------------------------------------	--	--------------------------	--	---------------------------	--

**3.- ACTIVIDAD ECONÓMICA/OCUPACIÓN (14.1.9)**

14.3.1 Nombre de la empresa o negocio:				Cargo que desempeña:	
Origen de ingresos:				Profesión:	
Actividad económica de la empresa o negocio:	14.3.1 Dirección de la empresa o negocio / país:				
Provincia:	Cantón:			Ciudad:	
Calle principal:	N°:			Transversal:	
Teléfonos de la empresa o negocio:			Correo electrónico:		

**4.- NIVEL DE INGRESOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA (14.1.10)**

<b>TOTAL INGRESOS (mensuales)</b>		<b>TOTAL EGRESOS (mensuales)</b>	
<b>14.1.2 TOTAL ACTIVOS (Ejem. Vehículos, Casas)</b>		<b>TOTAL PASIVOS (Ejem. Préstamos, hipotecas)</b>	
4.1.11 ¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente? SI ( ) NO ( )	Ingresos diferentes a la actividad económica principal:	Fuente de otros ingresos:	

**5.- RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL BENEFICIARIO Y EL ASEGURADO**

Relación con el asegurado:		En caso de la relación es otro explique:	
Indique el motivo del cambio de beneficiario:			

**6.- INDICAR SI EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS HA PRESENTADO RECLAMACIONES O RECIBIDO INDEMNIZACIONES DE SEGUROS UNIDOS S.A. O EN OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS QUE HAYAN SUPERADO LOS USD 10.000 (15.1)**

FECHA	COMPAÑÍA DE SEGUROS	RAMO CONTRATADO	VALOR DEL RECLAMO O INDEMNIZACIÓN
			USD.
			USD.
			USD.
VALOR TOTAL			USD.

Declaro que los fondos de esta transacción son de procedencia lícita y no han sido utilizados para actividades ilícitas como Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo u Otros delitos.

**7.- DETERMINACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE**

Usted, su cónyuge, parientes (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos desempeñan o han desempeñado funciones públicas a partir del cuarto grado determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio de Relaciones Laborales en los últimos cuatro años, como por ejemplo Presidente, Ministro, Secretario Nacional, Viceministro, Subsecretario, Director General, Director Nacional o Autoridades de Control; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política.

Es Usted un PEP?	SI ( ) NO ( )	Cargo que ocupa:		Institución donde labora:	
Nombres y apellidos del PEP's:					

**8.- JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS (Art. 14)**

En caso de que el potencial cliente no cuente con alguno de los datos o documentación solicitada, y lo justifique razonablemente, se deberá consignar tal circunstancia en este espacio:


**9.- AUTORIZACIÓN**

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a SEGUROS UNIDOS S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; así como autorizó expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o Jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS UNIDOS S.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obliga a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas de seguro.

**FIRMA**

(La firma debe estar tal y como consta en el documento de identificación) (14.1.15)

**10.- USO EXCLUSIVO SEGUROS UNIDOS S.A.**

**a) CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO RESPONSABLE QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN**

Nombre del Responsable del Departamento		Revisado por la Unidad de Cumplimiento:	
Firma del Responsable del Departamento:		Nombres y apellidos:	
Fecha (dd/mm/aaaa):		Firma y sello:	

14.4.19 Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario con listas de información oficial como: RCSA ( ) FUNCIÓN JUDICIAL ( )

**b) 15.2 ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO EL INVENTARIO O LISTADO GENERAL DE LOS OBJETOS DEL SEGURO, SALVO CUANDO SE TRATE DE PÓLIZAS FLOTANTES Y AUTOMÁTICAS.**

El original del formulario y los documentos de respaldo se archivarán con el expediente de cada reclamo, colocar una copia digital en la carpeta compartida creada para este fin. Si el reclamo es superior a \$10 mil dólares o si de los dos últimos años ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones de cualquier compañía de seguros o cuando exista un cambio en el beneficiario remitir una copia del formulario a la Unidad de Cumplimiento.