

INFORMACIÓN QUE APLICA PARA TODOS LOS CLIENTES.

Información del Cliente y/o Asegurado

Primer Apellido:	Tipo de Identificación:		C.C. <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>
Segundo Apellido:	Número de Identificación:		Otro <input type="checkbox"/>	
Nombres (s):		Nacionalidad:		
Fecha de Nacimiento:	/	/	/	País de Nacimiento:
DOMICILIO: Provincia:		Cantón:		
Calle principal:	No.	Transversal:	Sector:	
		Celular:	Correo electrónico:	
Información Adicional Cónyuge				
Segundo Apellido:		Tipo de Identificación:		C.C. <input type="checkbox"/>
Nombres (s):		Número de Identificación:		Otro <input type="checkbox"/>
Nombres de la Empresa donde trabaja o Actividad económica que realiza:		Nacionalidad:		
Dirección:		Telf.:		
Correo electrónico:		Telf.:		

Información de la Relación Comercial

Ramos: Vehículos Generales Estado Nuevo Renovación Suma asegurada total USD.

Información Actividad Económica / Ocupación / Negocio

Profesión:	Nombre de la Empresa:
Ocupación:	Actividad de la Empresa:
Dirección de la empresa:	
Correo electrónico:	Teléfonos: Fax:

Nivel de Ingresos por Actividad Económica Principal

Total de ingresos Mensuales:	USD.	0,00	1,000.00	Si es mayor a 4,001.00, especificar valor: USD.
		1,001.00	2,000.00	
		2,001.00	3,000.00	
		3,001.00	4,000.00	
		4,001.00	en adelante	

INFORMACIÓN QUE APLICA PARA CLIENTES CON SUMA ASEGURADA ENTRE USD 50,001 A USD 200,000

Situación Financiera del Cliente y/o Asegurado

Total Pásivos		
Ingresos diferentes en la actividad principal	USD.	
Fuente de otros ingresos:		
Total de egresos Mensuales	USD.	0,00
		1,000.00
		2,000.00
		3,000.00
		4,000.00
		4,001.00 en adelante
		Si es mayor a 4,001.00, especificar valor: USD.

INFORMACIÓN PARA CLIENTES CON SUMA ASEGURADA MAYOR A USD 200,001

Referencias

Referencias Personales		Referencias Comerciales		Referencias Bancarias / Tarjeta de Crédito		
Nombre	Teléfono	Entidad	Teléfono	Institución Financiera	Tipo	Número

INFORMACIÓN QUE APLICA PARA TODOS LOS CLIENTES

Vínculos Existentes entre Asegurado, Solicitante y Beneficiario

Vínculos existentes entre el Asegurado y:
SOLICITANTE: (si el asegurado es el mismo que el solicitante no aplica)

Apellidos y/o Razón Social:	Tipo de Identificación:		C.C. <input type="checkbox"/>	RUC. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Nombres:	Número de Identificación:		Nacionalidad:		
Dirección de Domicilio:		Referencia:		RELACION:	
Teléfono domicilio:	/	Celular:			

BENEFICIAR: (si el asegurado es el mismo que el solicitante no aplica)

Apellidos y/o Razón Social:	Tipo de Identificación:		C.C. <input type="checkbox"/>	RUC. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Nombres:	Número de Identificación:		Nacionalidad:		
Dirección de Domicilio:					
Teléfono domicilio:	/				

Determinación de Persona Políticamente Expuesta

SI NO

Usted, su cónyuge, parientes o colaboradores cercanos hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (ejemplo: abuelos, padres, hijos, hermanos, tíos, primos, suegros, cuñados) desempeñan o han desempeñado funciones públicas a partir del grado 4 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, Vice Presidente, Ministro, Secretario Nacional, Viceministro, Subsecretario, Director General, Director Nacional o Autoridades de Control; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

Declaración Juramentada de Origen de Fondos y Autorización de Consulta

- Declaro (amos) de que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de los datos contenidos en el formulario.
- Declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Seguros Oriente S.A., por la (las) prima (s) de las póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.
- Concedor (es) de la Ley para reprimir el Lavado de Activos, autorizo expresamente a Seguros Oriente S.A. a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal en contra de Seguros Oriente S.A., sus funcionarios y autoridades.

Documentos Requeridos

ENTREGADO

SI NO

Para sumas aseguradas inferiores a USD 50,000 adjuntar:

- Copia de cédula de identidad, pasaporte, o documento de identificación.
- Copia de certificado de votación o de empadronamiento.
- Copia de uno de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.

Para sumas aseguradas superiores a USD 50,001, además adjuntar:

- Confirmación del pago a la Impuesto a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI a través de la página web

Firma del Cliente

Firma
C.C.

____/____/_____
Fecha