

Completar todos los campos en blanco:

FO-CL-001

Lugar y Fecha:	Oficina:
----------------	----------

INFORMACIÓN BÁSICA

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		
Tipo de Identificación: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No de identificación:	Nacionalidad:	Lugar y Fecha de Nacimiento:		
Dirección Domicilio:	Calle Principal:	Número:	Calle Secundaria:	Sector / Barrio:	
Provincia:	Cantón:	Ciudad:	País:		
Teléfono Domicilio:	Celular:	Correo electrónico:			
Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Si No

Persona Políticamente Expuesta: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; cónyuge o conviviente o parientes que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta.

DATOS DEL CÓNYUGE/CONVIVIENTE

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
No de Identificación:	Nacionalidad:		

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Empleado Privado <input type="checkbox"/>	Empleado Público <input type="checkbox"/>	Negocio Propio <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>	Quehaceres Domésticos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Nombre de la Empresa en la que trabaja:	Actividad Económica de la Empresa:	Cargo:		
Actividad Independiente que realiza y/o giro de su negocio:				
Dirección lugar de trabajo:	Calle Principal:	Número:	Calle Secundaria:	Sector / Barrio:
Provincia:	Cantón:	Ciudad:	País:	
Teléfono Lugar de Trabajo:	Correo electrónico:			

REFERENCIAS

Referencia Personales

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	Entidad:	Monto:	Teléfono:
---------	-------------	-----------	----------	--------	-----------

Referencias Comerciales

Referencias Bancarias

Institución Financiera:	Tipo (Cuenta/Tarjeta de Crédito/Otros)
-------------------------	--

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:	
Total Gastos Mensuales:	
Total Activos:	Total Pasivos:

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS (En caso de adquisición del seguro a través de Broker)

Nombre o Razón Social:	No Credencial:
Nombre del Ejecutivo encargado:	

DECLARACIONES

Declaración de información

Declaro que la información contenida en el presente formulario es verdadera, completa y actualizada. Declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, comunicar y documentar de manera inmediata a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS cualquier cambio en la información o documentación que he proporcionado. Durante la vigencia de la relación contractual con SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, me comprometo a proveer la información y la documentación que me sea solicitada. Así mismo entiendo que esta información podrá ser requerida por las autoridades de control respectivas para los efectos legales correspondientes.

Declaración de licitud de fondos

Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS 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 S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS desde el inicio de la relación comercial hasta la finalización del contrato.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS toda información que ésta requiera respecto de mi persona, e informe a los organismos competentes, todo lo cual no genera ninguna pretensión judicial ni motivo de reclamo, a ser ejercido por el cliente.

Firma del cliente
CC:

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DEL PICHINCHA

FIRMA

Nombre Ejecutivo Comercial:

SERVICIO AL CLIENTE SEGUROS DEL PICHINCHA:

QUITO: Av. González Suárez N32-346 y Coruña (esq.) | PBX: (02) 397 5500 FAX: (02) 255 1869.

SERVICIO AL CLIENTE QUITO: Av. Coruña N 26-245 y Francisco de Orellana | PBX: (02) 397 2100 | e-mail: todoservicio@seg-pichincha.com.

GUAYAQUIL: Av. Francisco de Orellana, Edif. World Trade Center Torre A, piso 10 | PBX: (04) 211 8353.

SERVICIO AL CLIENTE GUAYAQUIL: Justino Cornejo y Av. Francisco de Orellana, Edif. Torres Banco Pichincha piso 11 | PBX: (04) 211 8353.

CUENCA: Av. Solano y Av. 12 de Abril (esq.), Edif. Banco Pichincha, 5to piso | PBX: (07) 284 1900.

PORTOVIEJO: Av. América 126 entre Av. Reales Tamarindos y Ramón Fernández | PBX: (05) 265 7000 / (05) 265 7010 / (05) 265 7032.

WHATSAPP: +593 999 66 77 79.

todoservicio@seg-pichincha.com

1800 400 400 | www.segurosdelpichincha.com