



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

Persona Natural

FVN-001

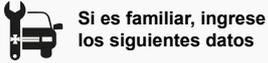
La información aquí descrita será de estricta CONFIDENCIALIDAD, la misma que será utilizada por AMA América S.A Empresa de Seguros, para la emisión o renovación de sus pólizas.

DATOS DEL SEGURO A CONTRATAR

Póliza: Nueva: Renovación:
 RC PROFESIONAL DE LA SALUD: VEHÍCULOS: Si señalo vehículos ¿es usted? Profesional de la Salud Familiar de un Profesional de la Salud

CANAL DE VINCULACIÓN: DIRECTO BRÓKER MEDIOS ELECTRÓNICOS CANALES ALTERNOS DE COMERCIALIZACIÓN SUMA ASEGURADA:

Nombre del Profesional de la Salud:
 Relación familiar con el Profesional de la Salud:
 Teléfono de contacto:



Si es familiar, ingrese los siguientes datos

(Receptor de la Factura)

DATOS DE FACTURACIÓN

(Puede ser diferente al contratante)

Nombre: Dirección:
 Cédula/RUC: E-mail:

FORMAS DE PAGO

EFFECTIVO CHEQUE TRANSFERENCIA TARJETA DE CRÉDITO TARJETA DE DÉBITO DÉBITO BANCARIO

CANAL DE PAGO

Institución Financiera: Tipo de Cuenta: # de Cuenta o Tarjeta:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre(s): Tipo de Identificación: C.I. RUC PAS Estado Civil: Casado Unión Libre Soltero Viudo Divorciado
 Apellido(s): Número de Identificación:
 Lugar de nacimiento: Sexo: M: F: Nacionalidad:
 Fecha de nacimiento: Ciudad y País de Residencia:

(El Domicilio debe coincidir con el servicio básico entregado) Dirección del Domicilio:
 Teléfono Domiciliario: Celular: E-mail:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O DE LA UNIÓN DE HECHO DEL CONTRATANTE PROPUESTO

Nombre(s): Tipo de Identificación: C.I. RUC PAS
 Apellido(s): Número de Identificación: Nacionalidad:
 Dirección de Domicilio: País de Residencia:
 Separación de Bienes: SI NO Actividad Económica: Correo Electrónico:

ACTIVIDAD ECONÓMICA / NEGOCIO DEL CONTRATANTE

Ocupación (Tipo de Empleo): Público Privado Jubilado Estudiante Ama de Casa Independiente Otro:

Profesión: Cargo que ocupa:

Nombre de la Empresa: E-mail Laboral:

Sector económico al que pertenece la empresa:

Dirección del lugar de trabajo:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATANTE

¿Usted declara impuesto a la renta? SI NO Ingresos Anuales: Egresos Anuales: Situación Patrimonial:
 Ingresos: Total: Total Activos:
 ¿Usted lleva contabilidad? SI NO Otros Ingresos: Total Pasivos:
 Total de Ingresos: Total Patrimonio:

Especifique la fuente de sus otros ingresos:

VÍNCULOS ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE, Y/O BENEFICIARIO (EN EL CASO DE SER DIFERENTES AL ASEGURADO)

INGRESE LA INFORMACIÓN SI EL PAGADOR ES DIFERENTE AL ASEGURADO

Razón Social o Nombres Completos:

Tipo de Identificación: C.I. RUC PAS Número de Identificación: Nacionalidad:

Dirección de Domicilio o Empresa:

Teléfono domicilio: N° Celular: E-mail:

Relación con el Asegurado:

Ingresos Anuales: Egresos Anuales: Situación Patrimonial:
 Ingresos: Especifique la fuente de sus otros ingresos: Total: Total Activos:
 Otros Ingresos: Total Pasivos:
 Total de Ingresos: Total Patrimonio:

Tipo de Referencia	Personal <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/>		
Nombres y Apellidos (Personal)	Teléfono	Razón Comercial	Teléfono

DECLARACIÓN DE LA PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

¿Usted es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*?	SI: <input type="radio"/> NO: <input type="radio"/> Si la respuesta es positiva indicar:	Relación con Personas Expuestas Políticamente (PEP)	SI: <input type="radio"/> NO: <input type="radio"/> Si la respuesta es positiva indicar:
Cargo:		Nombre de P.E.P:	
Institución:		Cargo de P.E.P:	
Fecha de designación:		Relación con P.E.P:	
Fecha de culminación del cargo:			

*Persona Expuesta Políticamente, es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano a una Persona Expuesta Políticamente.

DECLARACIÓN SOBRE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS-AUTORIZACIONES

- Declaro que los fondos provenientes de las actividades que desempeño, tienen un origen lícito y legítimo y en especial declaro que no provienen ni provendrán de ninguna actividad relacionada con el cultivo, fabricación, almacenamiento, transporte o tráfico ilícito de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, lavado de dinero o cualquier otra actividad ilegal o ilícita, eximiendo a AMA América S.A Empresa de Seguros de la comprobación de esta declaración. Sin perjuicio de lo señalado autorizo a AMA América S.A Empresa de Seguros para que efectúe todas las indagaciones que razonablemente considere oportuno realizar para comprobar el origen de los recursos utilizados para la contratación de pólizas de seguros.
- Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con AMA América S.A Empresa de Seguros S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general o cualquier otra actividad ilegal o ilícita.
- En caso de iniciarse investigaciones sobre mi persona, relacionadas con las actividades antes señaladas o de producirse transacciones inusuales o injustificadas, AMA América S.A Empresa de Seguros podrá proporcionar a las autoridades competentes toda la información que tenga sobre las mismas o que le sea requerida. En tal sentido, renuncio a presentar en contra del AMA América S.A Empresa de Seguros, sus funcionarios o empleados, cualquier reclamo o acción legal, judicial, extrajudicial, administrativa, civil, penal o arbitral en la eventualidad de producirse tales hechos.
- Declaro que la información contenida en este formulario, es verdadera, completa, proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de manera oportuna a AMA América S.A Empresa de Seguros cualquier cambio en la información proporcionada.
- Concedor (a) de las disposiciones legales, autorizo expresamente en forma libre y voluntaria e irrevocable a AMA América S.A Empresa de Seguros a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios, así como a proporcionar a las Autoridades Competentes mi información si así lo requieren, así mismo renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de AMA América S.A Empresa de Seguros.

FIRMAS

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

CREDENCIAL

En cumplimiento a la Resolución de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras de Valores y Seguros "Si la Contratación de los productos ofrecidos por intermedio de los Asesores Productores de Seguros, éstos serán responsables de la recopilación de la información y de la documentación, que deberá realizarse en los formularios para inicio de la relación comercial previstos por la empresa de seguros, obligación que constará en los contratos de agenciamiento"

FECHA

USO EXCLUSIVO DE AMA AMÉRICA S.A

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca a su Cliente", conforme a lo estipulado en normativas y/o resoluciones vigentes en el país.

NOMBRE DEL EJECUTIVO DE AMA AMÉRICA S.A. EMPRESA DE SEGUROS

FECHA

Ama América realiza un proceso automático de revisión en listas registradas.

OBSERVACIONES

De ser aplicable, detalle el motivo que le impide al cliente suministrar información o documentación requerida para la vinculación con la compañía, o si llega a determinar comportamientos inusuales o sospechosos.

QUITO

Av. Orellana E11-75 y Av. Coruña.
Edf. Albra, Bajo, locales 102 y 209
Quito - Ecuador
Telf.: +593 2 3826137
+593 2 382 6127
1800 AMA AMA (262 262)

GUAYAQUIL

Av. José Orrantía y Av. Leopoldo Benítez,
Edf. Trade Building, Torre B, Of 630
Guayaquil - Ecuador
Telf.: +593 4 3951539
Cel.: +593 99 283 9708

MANTA

Vía. Barbasquillo
Hospital Umiñamed, Of. 204
Telf.: +593 5 245 2425
Cel.: +593 98 619 0428

PORTOVIEJO

Colegio Médico de Manabí.
Calle Vicente Mendoza
y Cda. Municipal - Portoviejo
Manabí - Ecuador
Telf.: +593 5 258 1229
Cel.: +593 99 423 6889

LOS SEGUROS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

www.amasegurosamerica.ec

SIGUENOS:

