SEGUROS COLÓN

FORMULARIO PERSONA NATURAL

Documento sujeto a la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Combate del Delito de Lavado de Activos y de la Financiación de Otros Delitos (Cuarto Supl. R.O. No. 610, 29-jul-2024), su Reglamento General (Decreto Ejecutivo No. 298, Supl. R.O. No. 216, 2-feb-2026), y la Resolución JPRF-T-2025-0158. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco. Esta información deberá ser actualizada cada año.

Fecha: _____/_____/_____/

Nuevo: ☐
Renovación: ☐

1 DATOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS:			**C.I./RUC/PASAPORTE:**
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		**NACIONALIDAD:**	**SEXO:** M ☐ F ☐
ESTADO CIVIL:		**TELÉFONO:**	**CELULAR:**
DIRECCIÓN:			**EMAIL:**
PAÍS:	**PROVINCIA:**	**PROPÓSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL:**	
CIUDAD:	**CANTÓN:**	**EMAIL RECEPCIÓN FACTURA ELECTRÓNICA:**	

2 CONTACTO PARA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA:

NOMBRES Y APELLIDOS:	**TELÉFONO:**

3 DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS:	**C.I./PASAPORTE:**	**TELÉFONO:**
NOMBRE DE LA EMPRESA:	**ACTIVIDAD EMPRESA:**	**CARGO:**

4 DATOS DE VINCULACIÓN - *(LLENAR EN EL CASO QUE NO SEA RAMO DE FIANZAS)*

Indique los vínculos existentes entre: ***(EN CASO DE SER DISTINTOS)***

SOLICITANTE - ASEGURADO:	☐ **FAMILIAR**	☐ **COMERCIAL**	☐ **LABORAL**	☐ **OTROS**	**DETALLAR:**	
NOMBRES Y APELLIDOS:					**C.I. / RUC / PASAPORTE:**	
DIRECCION:					**TELÉFONO:**	**CELULAR:**

SOLICITANTE - BENEFICIARIO:	☐ **FAMILIAR**	☐ **COMERCIAL**	☐ **LABORAL**	☐ **OTROS**	**DETALLAR:**	
NOMBRES Y APELLIDOS:					**C.I. / RUC / PASAPORTE:**	
DIRECCION:					**TELÉFONO:**	**CELULAR:**

ASEGURADO - BENEFICIARIO:	☐ **FAMILIAR**	☐ **COMERCIAL**	☐ **LABORAL**	☐ **OTROS**	**DETALLAR:**

5 ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL SOLICITANTE

☐ **DEPENDIENTE** ☐ **INDEPENDIENTE** ☐ **AMBOS** ☐ **JUBILADO** ☐ **ESTUDIANTE** ☐ **QH. DOMÉSTICOS** ☐ **OTROS** **ESPECIFIQUE:**

PROFESIÓN/ OCUPACIÓN: **SECTOR LABORAL :** **PUBLICO** ☐ **PRIVADO** ☐

DEPENDIENTE	**NOMBRE DE LA EMPRESA:**	**ACTIVIDAD DE LA EMPRESA:**	
	CARGO:	**ANTIGÜEDAD EN LA ACTIVIDAD:**	
	DIRECCIÓN:	**TELÉFONO:**	**FAX:**
		EMAIL:	
INDEPENDIENTE	**ACTIVIDAD:**	**ANTIGÜEDAD EN LA ACTIVIDAD:**	
	DIRECCIÓN:	**TELÉFONO:**	**CELULAR:**
		EMAIL:	

En caso de tener ingresos diferentes a los originados de las actividades antes descritas, indicar la fuente:

6 SITUACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS	PASIVOS	PATRIMONIO	INGRESOS MENSUALES	PROMEDIO EGRESOS MENSUALES (considerar alimentación, vestimenta, educación, medicinas, entretenimiento,etc)
TOTAL $	TOTAL $	TOTAL $	TOTAL $	TOTAL $

BIENES RAICES DE SU PROPIEDAD (En caso de necesitar más renglones, favor adjuntar una hoja adicional al presente formulario)

TIPO DE PROPIEDAD	DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD (INCLUIR CÓDIGO CATASTRAL)	VALOR DE MERCADO	ESTÁ HIPOTECADO?

VEHICULOS DE SU PROPIEDAD (En caso de necesitar más renglones, favor adjuntar una hoja adicional al presente formulario)

MODELO	AÑO	PLACA	ESTÁ PRENDADO?

7 REFERENCIAS

PERSONALES			BANCARIAS			COMERCIALES
NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO	INSTITUCIÓN	CTA. CTE. / AHORROS	TARJETA	INSTITUCIÓN / ASEGURADORA

8 DECLARACION SOBRE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

Usted, sus familiares*o colaboradores cercanos se encuentran ejerciendo o han ejercido dentro del último año funciones públicas o que sin ocupar cargo público alguno tiene ingerencia política a nivel nacional o internacional?

SI ☐ NO ☐

DESDE : _____/_____/_____/

HASTA : _____/_____/_____/

Nombre: _____ **Institución:** _____

Cargo: _____ **Parentesco:** _____

*Cónyuge y familiares comprendidos hasta el cuarto grado de consanguinidad (Padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, primos), o segundo de afinidad (Padres, hijos, abuelos, o hermanos del cónyuge)

NOTAS / DECLARACIONES / AUTORIZACIONES DEL CLIENTE

Queda entendido que Seguros Colón S.A., también se podrá denominar en este informe, la Aseguradora, Seguros Colón S.A. o Compañía de Seguros.

Declaro(amos) bajo la gravedad de juramento que los datos asentados en éste formulario son correctos, reconociendo que Seguros Colón S.A. tiene el derecho y está plenamente facultada a comprobar la identidad del solicitante; la vericidad y autenticidad de los datos que hubiese proporcionado; la capacidad crediticia conforme a las sanas prácticas y condiciones del mercado; la realización del avalúo, practicado con un valuador autorizado, y a cumplir con todas las normas y formalidades que establecen las leyes y reglamentos.

Acuerdo(amos) que tengo(emos) una obligación continua de enmendar y/o suplementar la información proporcionada en este formulario si alguno de los hechos esenciales que he(mos) expuesto aquí cambiara antes del cierre de la emisión. En caso de cambio de domicilio y/o teléfono(s) para notificaciones, me(nos) comprometo(emos) a informar a la aseguradora en un máximo de 7 días a partir del cambio. Convengo(imos) que no prosperará el trámite de la solicitud del seguro si falta alguno de los documentos solicitados por Seguros Colón S.A. y que atiende el objeto o al destino de la póliza solicitada.

Autorizo(amos) expresa e indefinidamente a Seguros Colón S.A. para que obtenga de manera directa o a través de terceros, incluida la Central de Riesgos y Burós de información crediticia, autorizados para operar dentro y fuera del país, mis(nuestras) referencias personales y/o patrimoniales anteriores o posteriores a la suscripción de ésta autorización, sea como solicitante, codeudor o garante, sobre mi(nuestro) comportamiento crediticio, manejo de mis(nuestras) cuenta(s), corriente, de ahorro, tarjetas de crédito, etc, y en general al cumplimiento de mis (nuestras) obligaciones y demás activos, pasivos, datos personales y/o patrimoniales, aplicables para uno o más de los servicios y productos que brindan las Instituciones del Sistema Financiero, Instituciones del Sector Comercial y/o cualquier otra Institución que pueda otorgar información relevante a sus productos o servicios según corresponda. Faculto expresamente a Seguros Colón S.A. para transferir o entregar dicha información, e incluso lo relacionado a la presente operación a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. Adicionalmente autorizo(amos) se proporcione cualquier información de carácter financiero y comercial que requiera un tercer interesado en adquirir la cartera de la Aseguradora, cesión que desde ya acepto(amos) expresamente.

Reconozco(cemos) y acuerdo(amos) que la verificación o reverificación de cualquier información contenida en este formulario puede realizarse a través de cualquier fuente de información y en cualquier momento por la Compañía de seguros, sus agentes, sucesores y cesionarios, ya sea directamente o a través de un tercero, y que la copia original de este formulario será retenido por la Aseguradora, aunque la(s) solicitud(es) de póliza(s) no se aprobasen. Asimismo, autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a las mejores prácticas de la Aseguradora, eximiendo a la Compañía de Seguros de cualquier responsabilidad por ataques cibernéticos que comprometan dicha información.

Conocedor(es) de las penas de perjurio, declaro(amos) libre y voluntariamente bajo juramento que el seguro solicitado a Seguros Colón S.A. ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita y que el origen de los fondos entregados a Seguros Colón S.A. han sido, son y serán provenientes de actividades lícitas. Adicionalmente, declaro(amos) que los fondos que se reciban de Seguros Colón S.A. no serán destinados a la realización o al financiamiento de alguna actividad ilícita. Declaro(amos) que los fondos recibidos o entregados no han sido ni serán destinados a ninguna actividad relacionada con el cultivo, la producción, consumo, comercialización de sustancias estupefacientes y sicotrópicas o cualquier otra actividad tipificada en la ley.

Autorizo(amos) a la Aseguradora a que efectúe los análisis, verificaciones y todas las indagaciones que razonablemente considere oportuno realizar para comprobar el origen o destino de los fondos recibidos o entregados, sin que la Compañía de Seguros esté obligada a realizar la comprobación de ésta declaración; así como a las autoridades competentes en caso de llegar a determinar la existencia de operaciones y/o transacciones inusuales e injustificadas, en virtud de lo autorizado, renuncio a instaurar por éste motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Seguros Colón S.A. Y en caso de que se inicien investigaciones sobre mi (nuestras) persona(s), la Compañía de Seguros podrá proporcionar a las autoridades competentes la información que éstas demanden.

Cedo(emos) a favor de Seguros Colón S.A. el cobro de valores por anticipos a recibir y en caso de existir un compromiso de entrega del mismo para su control a la empresa de seguros, reconoce el afianzado que actuará como depositario de dichos valores, mientras la totalidad del anticipo no sea entregado. Cedo(emos) irrevocablemente el cobro de valores por anticipo a recibir, así como por las liquidaciones por planillas a emitirse por los trabajos realizados tanto de contratos garantizados como de otros a los que tuviere derecho, originados por concepto de pago de primas pendientes o ejecuciones de pólizas, facultando a la empresa de Seguros a obtener dicha recaudación mediante cualquier procedimiento que considere adecuado.

Declaro(amos) conocer y aceptar los términos y condiciones, así como el valor que genere por concepto de prima e impuestos de renovaciones solicitadas por mi(nosotros) o por el beneficiario de las pólizas otorgadas por la aseguradora, los mismos que constan expresamente detallados y explicados en el anexo que he(mos) recibido y que forma parte integrante de éste informe.

FIRMA DEL CLIENTE	FIRMA DEL CÓNYUGE
C.I. / PASAPORTE:	C.I. / PASAPORTE:

DOCUMENTACIÓN PARA ANEXAR AL PRESENTE FORMULARIO

Para sumas aseguradas hasta $50,000.00 adjuntar:	*Adicionalmente para sumas aseguradas mayores a $50,001.00 y/o en el caso exclusivo para Ramo de Fianzas:*
☐ Copia de cédula del solicitante y del cónyuge o conviviente, de ser aplicable.	☐ Declaración del Impuesto a la renta del año anterior, con su respectivo recibo de pago. (En el caso del ramo de fianzas es obligatorio, sin importar suma asegurada)
☐ Copia de un recibo de cualquiera de los servicios básicos.	☐ Hoja de vida profesional y detalle de obras ejecutadas (adjuntar actas, certificados, entre otros).
☐ Copia del RUC (Registro único de contribuyentes).	
☐ Respaldo de declaración patrimonial (copia de impuestos prediales, matrícula vehículo, estados de cuenta, etc)	

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA

DATOS DEL CORREDOR O BROKER

Nombre o Razón Social:

Nombre y Cargo del ejecutivo encargado:

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" requerida por la compañía de seguros.

_____ Firma / C.C.

_____/_____/_____/ Fecha

USO INTERNO DE LA ASEGURADORA

El cliente ha sido revisado en las listas de información nacionales e internacionales que posee la aseguradora: SI ☐ NO ☐

Declaro haber revisado y verificado la información y documentación solicitada y proporcionada por el cliente de acuerdo a la política "Conozca su Cliente" establecida en el manual de control interno.

Justificativo por no obtención de información: _____

NOMBRE DEL EJECUTIVO QUE REALIZA LA DECLARACIÓN: _____

_____ FIRMA SUSCRIPTOR

Visto Bueno			
D. D. Simplificada		Pep	
D.D. Ampliada		Riesgo Alto	

Av. Francisco de Orellana y Miguel H. Alcívar, Edificio Las Cámaras, Piso 6
Pbx.: 2681117 Fax: 2682731
Web: www.seguroscolon.com