



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (Corredores, Peritos de Seguros) Persona Natural

Vigente desde marzo 2017

La información aquí descrita será considerada como confidencial y es solicitada para cumplimiento de la Resolución N° JB-2014-3089 emitida por la Superintendencia de Bancos de carácter obligatorio. No deben existir campos en blanco, de no poseer cierta información, escribir N/A.

INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL	
Corredor <input type="checkbox"/>	Perito de Seguros <input type="checkbox"/>
DATOS BÁSICOS	
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Nombre(s):	Ocupación:
Ciudad y Fecha de Nacimiento: _____ día / _____ mes / _____ año	Nacionalidad:
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación
INFORMACIÓN PARA EXTRANJEROS	
Para pasaporte llenar lo siguiente: F. Expedición Pasaporte: _____ día / _____ mes / _____ año	F. Caducidad Pasaporte: _____ día / _____ mes / _____ año
Estado Migratorio o Código de Visa (Según pasaporte):	Fecha de Ingreso al país (Pasaporte): _____ día / _____ mes / _____ año
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	Separación de Bienes: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATOS DEL CÓNYUGE	
Apellidos y Nombres:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	
Pais:	Provincia: Cantón:
Ciudad:	Sector:
Referencia:	Telf. Oficina: Celular:
Dirección (Calle principal, N°, Transversal):	
FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	
Con conocimiento de las disposiciones del SRI, bajo mi responsabilidad, declaro la dirección de correo electrónico a través de la cual se me notificará sobre la facturación:	
Correo Personal:	Otro:
INFORMACIÓN PARA PAGOS	
Banco:	
Tipo de cuenta: Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Nro. De Cuenta:
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA	
Pais:	Provincia: Cantón:
Ciudad:	Sector:
Referencia:	Teléfonos: /
Dirección (Calle principal, N°, Transversal):	
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA / NEGOCIO	
Tipo de Act. Económica: Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/>	
Nombre de la Empresa:	
Actividad de la Empresa:	Cargo:
SITUACIÓN FINANCIERA	
Total de Ingresos Mensuales: USD	¿Posee ingresos diferentes de la actividad principal? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es Sí llene la siguiente información	
Ingresos Diferentes de la actividad principal: USD	Fuente de Otros Ingresos:
Total de Egresos Mensuales: USD	
Total Activos:	Total Pasivos:

