

## Verificación de Datos de Cliente: Persona Física

Nº Póliza:

### Sección 1 – Declaración

Información sobre Usted		
¿Está cumplimentando este formulario en calidad de tomador?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En caso negativo, indique su nombre y relación con el tomador del contrato arriba indicado:	Sus nombre y apellidos  Su relación con el Tomador	.....  .....

### Section 2 – Información del TOMADOR

Información sobre el tomador		
Nombre		
Apellidos		
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Lugar de Nacimiento ( Población y País)		
Nacionalidad		
Otras nacionalidades en caso de tenerlas		
Domicilio de Residencia	Dirección	
	Código postal	
	Población	
	Provincia / País	
Teléfono		
Email		
¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? O ¿Familiar cercano o pariente de un PEP?	No	<input type="checkbox"/>
	Sí (facilite más detalles, dentro de los límites de lo conocido)	<input type="checkbox"/>
	Cargo/función que desempeñan las personas indicadas del PEP	
Documentación justificativa para verificar la información anterior sobre el tomador del seguro		
Con el fin de verificar la información arriba indicada sobre el tomador del seguro, al devolver este formulario cumplimentado y firmado deberán facilitarse copias de la siguiente documentación:		
Tipo de documento (prepare copias para una de las opciones de las secciones)	Sección A: Indique uno de los siguientes datos	
	Pasaporte actual	<input type="checkbox"/>
	D.N.I.	<input type="checkbox"/>

A y B, y adjunte los documentos al devolver este formulario cumplimentado y firmado)	Carnet de Conducir	<input type="checkbox"/>
	Sección B: Indique uno de los siguientes datos	
	Recibo emitido en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
	Extracto bancario (no de tarjeta de crédito) emitido en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>	Tipo:
Número de documento (del documento de la sección A)		
Emisor del documento (del documento de la sección A)		
Fecha de caducidad (dd/mm/aaaa) (del documento de la sección A)		
Autocertificación de la(s) jurisdicción(es) y código(s) fiscal(es) en la(s) que el Tomador del seguro es residente fiscal (si es residente fiscal en varias jurisdicciones, indique todas).		..... ..... .....

Información sobre los ingresos del tomador		
Profesión del tomador	Empleado	<input type="checkbox"/>
	Miembro del Consejo de Administración/Director	<input type="checkbox"/>
	Contratista/asesor	<input type="checkbox"/>
	Pensionista	<input type="checkbox"/>
	Profesional inscrito en un registro (médico, abogado, contable)	<input type="checkbox"/>
	Estudiante	<input type="checkbox"/>
	Desempleado	<input type="checkbox"/>
	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> Descripción:
Ingresos brutos anuales del asegurado	De 0 a 2.500€	<input type="checkbox"/>
	De 2.500€ a 20.000€	<input type="checkbox"/>
	De 20.000€ a 50.000€	<input type="checkbox"/>
	De 50.000€ a 100.000€	<input type="checkbox"/>
	De 100.000€ a 500.000€	<input type="checkbox"/>
	De 500.000€ a 2.000.000€	<input type="checkbox"/>
	De 2.000.000€ a 10.000.000€	<input type="checkbox"/>
	Más de 10.000.000€	<input type="checkbox"/>
Origen de los ingresos declarados y utilizados para el pago de la prima de la póliza (es decir, de qué fuentes de ingresos ha extraído el Tomador los medios económicos necesarios para pagar la prima única o la prima periódica prevista en la póliza).	Salario/bonus	<input type="checkbox"/>
	Herencia	<input type="checkbox"/>
	Ahorros	<input type="checkbox"/>
	Alquiler de bienes	<input type="checkbox"/>
	Dividendos recibidos de empresas	<input type="checkbox"/>
	Venta de activos	<input type="checkbox"/>
	Producto de la venta de bienes inmuebles	<input type="checkbox"/>
	Ingresos procedentes de otros contratos de seguros	<input type="checkbox"/>
	Indemnización por despido	<input type="checkbox"/>
	Rentas de la actividad económica	<input type="checkbox"/>
	Donación	<input type="checkbox"/>
	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> Descripción

<b>Información sobre el pago de la prima</b>			
¿Se paga la prima a través de un banco u otra entidad de crédito situada en un país distinto de aquel en el que reside el Tomador del seguro?	Sí (por favor, indíquelo)	<input type="checkbox"/>	Indicación de los motivos:
	No	<input type="checkbox"/>	
	No procede - la prima no se paga a través de un banco u otra entidad de crédito (indique los motivos)	<input type="checkbox"/>	Indicación de los motivos:
<b>Información sobre el beneficiario</b>			
¿Quién es el beneficiario del rescate ?	Tomador	<input type="checkbox"/>	
	Miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	
	Una entidad de crédito (por ejemplo, como garantía de un préstamo)	<input type="checkbox"/>	
	Obras de Caridad	<input type="checkbox"/>	
	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>	Indicación de los motivos:
<b>Información complementaria</b>			
¿Ha suscrito o está en proceso de suscribir más de una póliza similar con Monument?	Sí (por favor, indíquelo)	<input type="checkbox"/>	Indicación de los motivos:
	No	<input type="checkbox"/>	
¿Desea el Tomador indicar una dirección de correspondencia distinta de la indicada en el cuadro 1 (personas físicas) o en el cuadro 2 (personas jurídicas)?	No	<input type="checkbox"/>	
	Sí (indique los motivos y los detalles pertinentes)	<input type="checkbox"/>	Indicación de los motivos:
	Dirección		
	Población		
	Código Postal		
	País		

### **Sección 3 - Información sobre la persona asegurada**

**(rellenar SÓLO si la persona asegurada es distinta del tomador del seguro)**

<b>Información sobre el Asegurado</b>		
Nombre		
Apellidos		
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Lugar de Nacimiento ( Población y País)		
Nacionalidad		
Otras nacionalidades en caso de tenerlas		
Domicilio de Residencia	Dirección	
	Código postal	
	Población	
	Provincia / País	
Relación entre el tomador y el asegurado	Familiar o asimilado	<input type="checkbox"/>
	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> Descripción:
¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? O ¿Familiar cercano o pariente de un PEP?	No	<input type="checkbox"/>
	Sí (facilite más detalles, dentro de los límites de lo conocido)	<input type="checkbox"/>
	Cargo/función que desempeñan las personas indicadas del PEP	

**Sección 4 - Beneficiario(s) - Personas físicas**

*(el formulario adjunto SÓLO debe cumplimentarse si el/los Beneficiario/s persona/s física/s designada/s en la póliza es/n distinta/s del Tomador)*

Debe cumplimentarse para cada uno de los beneficiarios designados en la póliza.

Beneficiario #	Nombre completo	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad	Relación con el TOMADOR	Relación con el ASEGURADO
1				<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Caridad <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Institución bancaria <input type="checkbox"/> Otro (describe):	<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (describe):
2				<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Caridad <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Institución bancaria <input type="checkbox"/> Otro (describe):	<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (describe):
3				<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Caridad <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Institución bancaria <input type="checkbox"/> Otro (describe):	<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (describe):
4				<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Caridad <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Institución bancaria <input type="checkbox"/> Otro (describe):	<input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (describe):

**Sección 4 – Firma del TOMADOR**

Confirmando que la información proporcionada es exacta, correcta y completa y que he proporcionado copias de los documentos requeridos.

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Tomador: \_\_\_\_\_