



Formulario de Vinculación
Persona Natural

Fecha de Solicitud:

DD | MM | AAAA

Nuevo Cliente

Actualización de Datos

Cliente

Codeudor

Garante

A. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombres Completos		Apellido Paterno		Apellido Materno	
C.I. <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento	Sexo Femenino <input type="checkbox"/>
Pasaporte <input type="checkbox"/>					Masculino <input type="checkbox"/>
Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Separación de Bienes Si <input type="checkbox"/>	N° de Cargas Familiares	
Casado <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		

DATOS DE NACIONALIDAD

País de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	¿Es Extranjero Residente en el País? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Años de Residencia	Fecha de Ingreso al País
País de origen del Pasaporte	Tipo de Visa		Fecha de Expedición Pasaporte	Fecha de Caducidad Pasaporte
¿Mantiene la Ciudadanía estadounidense? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene tarjeta de Residencia Legal en EEUU? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene otra Nacionalidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso que la respuesta sea SI, indique su otra Nacionalidad	

NIVEL ACADÉMICO

Sin estudios Primaria Secundaria Formación intermedia(técnica) Universitaria Postgrado

Entidad Educativa: _____ Título: _____

Profesión:

Ciencias Administrativas y Económicas Médicos, Biólogos, Veterinarios y otros profesionales de la salud Derecho

Ingeniería y Ciencias Exactas Ciencias de la Educación Periodistas

Arquitectos y Afines Policías, militares(fuerza pública) Ciencias Sociales

ANTECEDENTES LABORABLES DEL SOLICITANTE

Relación de Dependencia Laboral: No Labora Independiente Dependiente Contrato Temporal Contrato Fijo

Origen de Ingresos: Independiente Jubilado o Pensionista Empleado Público Empleado Privado Ama de Casa Rentista Remesas del Exterior

Nombre de la Empresa donde labora o Negocio Propio: _____

Tiempo de existencia de la Empresa donde labora o Negocio Propio (años): 0 - 3 4 - 7 8 - 10 Más de 10

Cargo que desempeña: _____ Tiempo en el trabajo actual (meses): _____

ACTIVIDAD ECONOMICA

Actividad Económica: _____ Obligado a llevar contabilidad (Solo Ruc) Si No

Establecimiento 001: Nombre Comercial:	Cantidad de Personal		Lugar del Negocio		Ubicación del Negocio	
	Fijos	Eventuales	Propio <input type="checkbox"/>	Alquilado <input type="checkbox"/>	En domicilio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Establecimiento 002: Nombre Comercial:	Cantidad de Personal		Lugar del Negocio		Ubicación del Negocio	
	Fijos	Eventuales	Propio <input type="checkbox"/>	Alquilado <input type="checkbox"/>	En domicilio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Ocupación anterior (Si la actual es menor a 1 año) Empresa: _____

Cargo	Fecha de Inicio	Fecha de Salida	Teléfono
-------	-----------------	-----------------	----------

Dirección

B. DATOS PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (Aplica a partir del Cuarto Rango)

Es funcionario Público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Organismo/Entidad	Cargo Actual	Antigüedad
Durante el último año ha desempeñado un cargo Público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Tiene relación con algún funcionario o entidad del Gobierno? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del Funcionario	Entidad del Gobierno	Cargo

C. DIRECCIONES Y TELEFONOS

DOMICILIO	Tipo de Vivienda: Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/>	Propia Hipotecada <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>	Propia no hipotecada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/>	Vive con familiares <input type="checkbox"/>	
Provincia	Cantón	Parroquia	Ciudadela	Sector	Tiempo de Residencia (en meses):
Dirección (Calles Principales/Avenidas / N° Solar):					
Teléfono Convencional:		Teléfono Celular:		Email:	
En caso de arrendar Nombres y Apellidos del Arrendador:			Teléfono Convencional/Celular:		
En caso de vivir con familiares Nombres y Apellidos del Propietario:			Parentesco:		
TRABAJO	Provincia	Canton	Parroquia	Ciudadela	Sector
Dirección (Calles Principales/Avenidas / N° Solar):					
Teléfono :		Ext:		Email:	

D. DATOS CÓNYUGE / UNION DE HECHO (de ser aplicable)

Nombres Completos	Apellido Paterno	Apellido Materno			
C.I. Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
DATOS DE NACIONALIDAD DEL CÓNYUGE (de ser aplicable)					
País de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	¿Es Extranjero Residente en el País? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Años de Residencia	Fecha de Ingreso al País	
País de origen del Pasaporte	Tipo de Visa	Fecha de Expedición Pasaporte	Fecha de Caducidad Pasaporte		
¿Mantiene la Ciudadanía estadounidense? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene tarjeta de Residencia Legal en EEUU? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene otra Nacionalidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso que la respuesta sea SI, indique su otra Nacionalidad		

NIVEL ACADÉMICO DEL CÓNYUGE (de ser aplicable)

Sin estudios <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Formación intermedia(técnica) <input type="checkbox"/>	Universitaria <input type="checkbox"/>	Postgrado <input type="checkbox"/>
Entidad Educativa	Título				

SITUACIÓN LABORAL DEL CÓNYUGE (de ser aplicable)

Empleado Dependiente <input type="checkbox"/>	Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	Empresa	Actividad Comercial	Tipo de Contrato Temporal <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	
		Cargo	Área / Departamento	Fecha de Ingreso	Antigüedad
Profesional Independiente <input type="checkbox"/>	Actividad económica Código Numérico que corresponda a su actividad económica: (Ver listado al final del formulario) <input style="width:100px;" type="text"/>			Años de Experiencia en la actividad	Obligado a llevar contabilidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Jubilado <input type="checkbox"/>	Fecha de jubilación				
No trabaja <input type="checkbox"/>	Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/>				

DATOS PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE DEL CÓNYUGUE (Aplica a partir del Cuarto Rango)

Es funcionario Público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Organismo/Entidad	Cargo Actual	Antigüedad
Durante el último año ha desempeñado un cargo Público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Tiene relación con algún funcionario o entidad del Gobierno? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del Funcionario	Entidad del Gobierno	Cargo

E. PERFIL TRANSACCIONAL MENSUAL

Marque las transacciones mensuales que normalmente se utilizaran en la cuenta e indique montos y número de transacciones.

Transacción	Cantidad	Monto	Transacción	Cantidad	Monto
1. Compra de Divisas			6. Inversiones		
2. Venta de Divisas			7. Inversiones en Tarjeta de Crédito		
3. Depósitos en Efectivo			8. Préstamo		
4. Transferencias Enviadas			9. Pagos de Tarjetas de Crédito		
5. Transferencias Recibidas			10. Apertura de Cuentas de Integración de Capital		

F. INFORMACION ECONOMICA DEL CLIENTE

INGRESOS/GASTOS MENSUALES

DECLARACION PATRIMONIAL

Ingresos Mensuales		Gastos Mensuales		Activos		Pasivos	
Sueldo Mensual	<input type="text"/>	Alimentación	<input type="text"/>	Efectivo/Depósitos Bancarios	<input type="text"/>	Deudas Bancarias	<input type="text"/>
Otros Ingresos (*)	<input type="text"/>	Pago Arriendo/Cuota Hipoteca	<input type="text"/>	Pólizas/Certificados	<input type="text"/>	Cuentas por Pagar	<input type="text"/>
Ingreso Fijo - Cónyuge	<input type="text"/>	Vestimenta	<input type="text"/>	Documentos por Cobrar	<input type="text"/>	Proveedores	<input type="text"/>
Otros Ingresos - Cónyuge	<input type="text"/>	Salud	<input type="text"/>	Inventario	<input type="text"/>	Deudas Hipotecarias	<input type="text"/>
Independiente o Negocios Propios		Educación	<input type="text"/>	Propiedades	<input type="text"/>	Deuda Tarjeta de Crédito	<input type="text"/>
Ventas Mensuales (Netas)	<input type="text"/>	Transporte	<input type="text"/>	Muebles y enseres	<input type="text"/>	Otros Pasivos	<input type="text"/>
Utilidad del Negocio	<input type="text"/>	Tarjeta de Crédito/ Créditos	<input type="text"/>	Vehículo	<input type="text"/>	TOTAL PASIVOS	<input type="text"/>
		Servicios Básicos	<input type="text"/>	Acciones	<input type="text"/>		
		Seguros	<input type="text"/>	Otros Activos	<input type="text"/>		
TOTAL INGRESOS	<input type="text"/>	Otros Gastos	<input type="text"/>	TOTAL ACTIVOS	<input type="text"/>		
		TOTAL EGRESOS	<input type="text"/>	TOTAL PATRIMONIO(A-P)	<input type="text"/>		

(*) Especificar el origen o fuente de otros ingresos: _____

DESCRIPCION DE BIENES

Bienes Inmuebles		Hipoteca	Dirección	Valor Comercial
Dpto./Villa	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Terreno	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Oficina/Local	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

VEHICULO					
Marca	Modelo	Placa	Año	Valor Comercial	Prendado
1.					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ACCIONES

Es accionista de alguna empresa? SI NO

Nombre de la empresa:	RUC:	Porcentaje de Participación:
1.		
2.		

G. REFERENCIAS BANCARIAS

Banco	No. De Cuenta	Tipo	Saldo Promedio
1.		Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
2.		Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
Tipo de Tarjeta de Crédito/Banco	No. De Tarjeta de Crédito	Cupo	Fecha de Vencimiento
1.			
2.			

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Ciudad	Teléfono
1.		
2.		

REFERENCIAS PERSONALES

Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección Domiciliaria	Teléfono
1.			
2.			
3.			

I. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- EL CLIENTE DECLARA** que la información contenida en este documento es correcta, y autoriza al Banco del Litoral S.A a verificar y pedir cualquier tipo de ampliación de la información que ha proporcionado.
- En caso de estar incurso en lo determinado por la Ley sobre Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras – FATCA, autorizo(amos) expresamente al Banco del Litoral S.A para que pueda entregar cualquier información que me (nos) pertenezca al Servicio de Rentas Internas, Superintendencia de Bancos, y a la autoridad fiscal en los Estados Unidos de América (IRS – Internal Revenue Service), información que es de mi (nuestra) exclusiva responsabilidad.
- Conocedor(a) de las penas de perjurio, el Cliente declara bajo juramento que el origen de los fondos que entregará o recibirá del Banco del Litoral S.A., no provienen o no serán destinados, según sea el caso, a la realización o financiamiento de ninguna actividad ilícita. De igual manera el Cliente, conociendo las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autoriza expresamente al Banco del Litoral S.A. a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios; 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 se exime al Banco del Litoral S.A. de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Para constancia de lo anterior, suscribe la presente en el lugar y fecha indicados más adelante.

Lugar y fecha

Firma del Cliente
Nombre
CI:

Firma del Codeudor
Nombre
CI:

Firma del Garante
Nombre
CI:

Firma del Cónyuge
Nombre
CI:

J. PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO

- Validación en listas restrictivas (Nacionales, Internacionales)
- Validación de Datos:**
- Registro Civil
 - Servicio de Rentas Internas
 - IESS
 - Función Judicial
 - Ministerio del Interior
 - Verificación de Direcciones y Datos del Cliente:

- Canal de Vinculación:**
- Directo
 - Referido por el Grupo
 - Internet
 - Redes Sociales
 - Otros
- Oficina de Vinculación:**
- _____
- Propósito de la Relación Comercial:**
- _____

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y declaro que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política conozca a su cliente:

Firma
Nombre del Ejecutivo:

Revisado por:

Firma
Nombre:

Revisado por Legal (En los casos que aplique):

Firma
Nombre:

COMENTARIOS