

FORMULARIO CONOZCA A SU AFILIADO ROP Y/O FCL

Nombre completo:		N° Sobre Valor:	
Fecha de nacimiento:		N° identificación:	
Estado civil:		Lugar de nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ocupación:	Profesión:		
Cliente es un PEP'S (Persona Expuesta Políticamente): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Envío de correspondencia: Dirección <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Apartado Postal <input type="checkbox"/>	
Dirección exacta de residencia permanente:			
Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Otras señas:			
Teléfono:		Celular:	Otro:
Correo electrónico:		Apartado Postal:	
Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Traslado de Fondos de otra entidad <input type="checkbox"/> Inversión Extraordinaria, se debe detallar:			
NIVEL ESTIMADO DE TRANSACCIONES O CAPACIDAD MÁXIMA DE INVERSIÓN (se completa únicamente cuando el afiliado hace un aporte extraordinario en el ROP)			
<input type="checkbox"/> De €5.000,00 a €2.500.000,00 <input type="checkbox"/> De €5.000.001,00 a €20.000.000,00			
<input type="checkbox"/> De €2.500.001,00 a €5.000.000,00 <input type="checkbox"/> De €20.000.001,00 a €50.000.000,00 <input type="checkbox"/> Mayores de €50.000.000,00, especifique:			
Nombre del Patrono:		Razón Social:	Teléfono Patrono:

Nota: En caso no tener beneficiarios designados para ROP debe completar y firmar el formulario GA-RE71, Folleto informativo y designación de beneficiarios para el ROP.

Firma del Afiliado: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del colaborador: _____

N°Cédula: _____

N°Agencia: _____

El colaborador responsable que realiza y firma este documento en "Nombre y firma del Colaborador" declara que los datos consignados en este formulario son ciertos y verificados por él, firmados en su presencia.