



REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD:

AGENCIA DE INGRESO DEL REQUERIMIENTO:

DATOS DEL CLIENTE / VENDEDOR

NOMBRE:

CÉDULA:

CIUDAD DE RESIDENCIA Y DIRECCIÓN DOMICILIO:

TELÉFONOS (CELULAR Y CONVENCIONAL):

SOLICITUD

Solicito a quien corresponda se realicen las acciones pertinentes para habilitar a quien suscribe el presente documento para aplicar a los productos ofrecidos por el Banco de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

DECLARACION

Declaro que la información contenida en la presente solicitud, así como en la documentación de soporte entregada son verdaderas. Conocedor(a) de lo dispuesto en las "Normas generales para la aplicación de la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero" de la Codificación de Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros y de la Junta Bancaria en su CAPÍTULO IV.-NORMAS DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS PARA LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA FINANCIERO, autorizo expresamente al Banco del IESS(BIESS), 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, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción, civil, penal o administrativa en contra del Banco del IESS (BIESS).

Firma de solicitante

CI : _____

USO INTERNO

ÁREA DE NEGOCIO QUE GENERA LA RELACIÓN CON EL CLIENTE

CREDITO

QUIROGRAFARIO

HIPOTECARIO

PRENDARIO

OTRA AREA DETALLAR:

COINCIDENCIA LISTAS CONTROL (si aplica):

SEC. TEC. DG

PEP

CLIENTE

VENDEDOR

ADJUNTOS

1. Certificado SEC. TEC. DG u organismo emisor delegado original, copia certificada o notariada actualizada (60 días vigencia) (Si aplica).

2. Copia de cédula de quien requiere ser desbloqueado (Si aplica).

3. Otros documentos de soporte.
Especifique:

Nombre del asesor que atiende el requerimiento:

Firma del asesor que atiende el requerimiento

CI :