



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y RENOVACIÓN DE RELACIONES COMERCIALES CON CLIENTES

PERSONA JURIDICA, FUNDACIONES Y OTRAS SOCIEDADES

Estimado Cliente, de acuerdo con la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos y demás normativas aplicables, le solicitamos llenar el presente formulario en todos sus campos, como requisito indispensable para la emisión de su Póliza de Seguro.

A. INFORMACION BÁSICA (DATOS DE LA COMPAÑÍA, FUNDACION O SOCIEDAD)

Razon Social		RUC:	
Objeto Social	Sector Económico de la compañía:	Tipo de Compañía	
LUGAR Y FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA /SOCIEDAD/ FUNDACIÓN			
País:	Ciudad:	Fecha de constitución	Nacionalidad
LUGAR DE RESIDENCIA DE LA EMPRESA /SOCIEDAD/ FUNDACIÓN			
País	Ciudad	Dirección	No. Sucursales:
DATOS DE CONTACTO			
Teléfono:	Fax:	Celular:	E-Mail:

B. INFORMACION BÁSICA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo: (Apellidos y Nombres)		Identificación:C.C.:	Pspirt:	Fecha de Nombramiento	Sexo
					M F
Lugar y Fecha de Nacimiento:	CIUDAD:	FECHA	Nacionalidad:	Estado Civil	
PAIS:					
País de Residencia	Ciudad de Residencia		Dirección Domicilio:		
Datos de contacto					
TELEF. HIJO:	EXT:	CELULAR:	E-MAIL:		
DATOS DEL CONYUGE					
Nombre Completo del Conyuge:		Tipo de Identificación: C.C:		Pspirt:	
		No.:			
Tiene separación de bienes?	SI NO	Actividad Económica del Conyuge:			

C. INFORMACION ECONOMICA / FINANCIERA

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL					
Origen de sus ingresos:					
Venta de bienes y servicios	Aportes de accionistas	Aporte Gubernamental	Donaciones	Dividendos por Inversión	Otros (Especifique)
Ingresos Mensuales (\$)	Egresos Mensuales (\$)		Activos totales / Patrimonio (\$)		Pasivos totales / Deudas (\$)
Describa el tipo de Activos/Bienes que posee:			Describa el tipo de Pasivos/Créditos que tiene:		
Describa el origen de sus ingresos:			Sus ingresos responden a operaciones en el exterior: SI NO		
			Que tipo de operaciones realiza en el exterior?		

D. FAVOR ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A ESTE FORMULARIO

- | | |
|---|--|
| - Copia de Cédula de Ciudadanía / Pasaporte (Extranjeros) : REPRESENTANTE LEGAL Y CONYUGE | - Nómina Actualizada de Socios y/o Accionistas |
| - Copia de RUC | - Copia de la Escritura de Constitución de la Compañía y de sus reformas |
| - Copia de un recibo de Servicio Básico (Agua, Luz o Teléfono) | - Últimos estados financieros auditados |
| - Declaración de Impuesto a la Renta | - Certificado de Cumplimiento de Obligaciones (Entidades controladas por la SBS, SCVS) |
| - Copia certificada de Nombramiento de Representante Legal | - Escritura pública - poder (cuando exista a más del representante legal un apoderado) |

E. DECLARACIONES

- 1.- Cual es la razón o propósito por la que establece una relación comercial con Seguros Constitución?
- 2.- Si usted es el Solicitante de la póliza pero no es el Asegurado, explique el vínculo que tiene con el Asegurado, Afianzado o Beneficiario de la póliza:
3. Declaro bajo juramento que SI NO)me encuentro ejerciendo o ejercí funciones públicas en el Ecuador o en el Extranjero en los 2 últimos años.

En caso de ser actualmente funcionario público, señale el cargo e institución:

En caso de que su cónyuge, hijos, padres o un Colaborador sea actualmente funcionario público, señale el cargo e institución donde trabaja:

Fecha del nombramiento o designación

Fecha de culminación del cargo (en caso de no estar en funciones)

La información proporcionada es de estricta confidencialidad para la compañía y será utilizada únicamente en la emisión de la póliza

4. Declaración de origen lícito de recursos y autorización de verificación de información

Declaro que los bienes y/o fondos que se entregarán a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS tienen origen lícito, no provienen ni provendrán y no están ni estarán relacionados directa o indirectamente con actos tipificados como delitos o prohibidos por la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y por la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y, en general cualquier actividad considerada como ilícita por la Legislación Ecuatoriana. Nuestra actividad económica o de la que se percibe los fondos son permitidas por la ley y no son operaciones/transacciones económicas inusuales e injustificadas acorde a la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. La información proporcionada en este documento es veraz, completa y fidedigna y, se autoriza expresamente a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS para que acceda a la información del/os suscrito/s en la Central de Riesgos de deudores, Buros de información crediticia y a cualquier fuente de información con fines análogos de mis referencias y en general sobre el cumplimiento de mis/nuestras obligaciones y demás activos, pasivos y datos personales. CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS queda autorizada para utilizar, transferir y entregar la información a autoridades competentes y organismos de control en caso de que fuere requerida, al igual que a realizar la comprobación de estas declaraciones eximiéndola de toda responsabilidad de cualquier naturaleza, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones fuesen falsas y erróneas. En caso de cualquier cambio a la información arriba expuesta, nos comprometemos a informar de manera inmediata a la aseguradora.

5.- Aceptación de Comprobantes Electrónicos

Queda convenido mediante mi firma en este formulario, que acepto y doy mi consentimiento para que CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS envíe los comprobantes electrónicos emitidos a mi nombre, a la dirección de correo electrónico proporcionada por mi persona en este documento o en los medios dispuestos para ello.

6.- Declaración de información para Renovaciones

En virtud de mi decisión de proceder con la renovación de la/s póliza/s contratada/s en CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, declaro bajo juramento, que la información ingresada en la empresa de seguros al momento de contratar la/s póliza/s original/es, en relación a mis actividades económicas y demás datos necesarios para la debida diligencia, no ha sufrido cambios. Eximo de responsabilidades a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en caso de que por un error involuntario se omita información que pudiere modificar la información original entregada.

Adicionalmente me comprometo a entregar anualmente los siguientes documentos, según me lo solicite la Compañía de Seguros:

- Declaración de Impuesto a la Renta actualizado
- Certificado de cumplimiento (entidades controladas por la SCVS y SB)
- Nombramiento Representante Legal Vigente
- Estados Financieros Actualizados (c/año)

Firma Representante Legal

C.C / PAS:

Fecha de entrega:

7.- Declaración del responsabilidad del Asesor Productor de Seguros y/o Agencia Asesora Productora de Seguros

Yo, Agente Asesor Productor de Seguros y/o Agencia Asesora Productora de Seguros en función de mis obligaciones de intermediación y en cumplimiento de la normativa legal vigente en Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos (Resolución JB-2012-2147), doy fe de que la información, firma y/o rubrica constantes en el presente formulario de vinculación corresponden al Cliente identificado en este documento.

Nombre del Asesor o Agencia de Seguros

Fecha de Verificación de información:

Firma y sello

PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

RECIBIDO POR:	REVISADO / REGISTRADO POR: * (Debida diligencia)	ARCHIVADO POR:
Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma	Nombre / Fecha / Firma

Observaciones:

**He revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el Cliente o Contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente", incluyendo que la firma del Cliente corresponda a la de su documento de identificación.*

**He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "Conozca a su Cliente" y verificado el riesgo del Cliente o Contratante*

