

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES



PERSONA JURÍDICA

Señale con una X el tipo de ramo

GENERALES

FIANZAS

Deudor

Garante

Escribir a máquina o en letra impresa

La información aquí descrita será considerada confidencial

1. Datos de la empresa tomadora de la póliza

Número de RUC	Nombre de la empresa	Objeto social	Fecha de constitución Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>
Sector de mercado <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro	Su empresa es: <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Cía. limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de hecho <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Pública	Actividad económica	País de domicilio
		Provincia de domicilio	Ciudad de domicilio
		Cantón	Parroquia
		Sector	Teléfono convencional
Calle principal		Casa N°	Teléfono celular
Calle transversal		Dirección electrónica (Página web)	

2. Datos del representante legal o apoderado

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres completos	Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Cédula Ecuador Identificación N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Visa 12IV <input type="text"/>	Ciudad de nacimiento
Fecha de nacimiento Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>			Teléfono celular
Información del cónyuge del representante legal			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres completos	Cédula E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Visa 12IV <input type="checkbox"/>
Identificación N° <input type="text"/>			

3. Situación financiera de la empresa

Ingresos mensuales de actividad declarada	Ingresos mensuales de otras actividades	Total activos	Total pasivos
Fuente de otros ingresos mensuales (listar las actividades económicas)			
<input type="text"/>			

4. Vínculos con el Asegurado (según corresponda al tipo de ramo)

Relacionados	Parentesco con el Asegurado	Ced, Pas, Vis	Número de identificación	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres completos
Solicitante:						
Beneficiario:						

En caso de que existan varios beneficiarios, debe adjuntar una listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres

5. Documentación a adjuntar. Marque con una X la documentación que adjunta.

<input type="checkbox"/>	Copia de documentos de identificación de representantes o apoderados	<input type="checkbox"/>	Copia de recibo de servicio básico	<input type="checkbox"/>	Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable.
<input type="checkbox"/>	Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado	<input type="checkbox"/>	Copia RUC	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Nómina actualizada de accionistas o socios	<input type="checkbox"/>	Copia de la escritura de constitución	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Estados financieros auditados de un año atrás, si aplica	<input type="checkbox"/>	Copia de documentos de identificación del cónyuge del representante legal.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano competente, si aplica.				

6. Declaración y autorización

Declaración:

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada, comprometiéndome a comunicar oportunamente a Aseguradora del Sur C.A. los cambios que se susciten a la información y documentación entregada y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada. Además declaro que la relación con Aseguradora del Sur C.A. tiene un propósito lícito y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán, son de origen legítimo y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaro que yo, mi cónyuge, mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos Si/No desempeño/an o he/han desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, por ejemplo, Presidente de la República, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director General, dignatarios elegidos por voto popular, etc., o que, sin ocupar cargo público alguno, tiene injerencia política a escala nacional o internacional.

Autorización:

Autorizo expresamente, en forma libre, voluntaria e irrevocable, a Aseguradora del Sur C.A. para que obtenga en cualquier momento y de cualquier fuente de información que considere pertinente, incluida la Central de Riesgos y Burós de Información Crediticia, mis referencias e información personales sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas corrientes, de ahorros, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones y demás información relacionada con mis activos, pasivos y contingentes, así como información de carácter general. De igual forma, Aseguradora del Sur C.A. queda expresamente autorizada para que pueda, en cualquier momento, utilizar, transferir o entregar dicha información y aquella que genere con Aseguradora del Sur por ocasión de la relación existente a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

7. Firmas

CIUDAD:

Año Mes Día

FECHA:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL ID Número:

Asesor Productor de Seguros

Confirmando haber revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante. La documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma del Asesor Productor de Seguros
Nombre:
ID Número:

Aseguradora del Sur C.A.

Confirmando que el formulario está lleno y está adjunta la documentación requerida. Asimismo confirmo la revisión de listas de observados.

Firma del Ejecutivo
Nombre:
ID Número: