



FORMULARIO PARA CLIENTES  
PERSONA JURIDICA

Rev.03-2017

DIA	MES	AÑO

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.

NUEVO:

RENOVACIÓN:

**SUMA ASEGURADA IGUAL O INFERIOR A USD200,000**

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL:	
RUC:	
FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA:	
OBJETO SOCIAL:	
CIUDAD:	PAIS:
DIRECCION:	TELÉFONO:
E-MAIL:	TELÉFONO CELULAR:
E-MAIL PARA RECIBIR COMPROBANTES ELECTRONICOS:	
DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA:	SECTOR ECONOMICO AL QUE PERTENECE LA EMPRESA
	COMERCIAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/>
	SERVICIO <input type="checkbox"/>
EMPRESA	
PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES:	APELLIDOS:
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:	
TELEFONO DE DOMICILIO:	E-MAIL:

DATOS DEL CÓNYUGE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

NOMBRES:	APELLIDOS:
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	

PERFIL FINANCIERO

Total de Ingresos Mensuales:

CÓDIGO	VALOR	
1	1.001 a 5.000	<input type="checkbox"/>
2	5.001 a 10.000	<input type="checkbox"/>
3	10.001 a 15.000	<input type="checkbox"/>
4	15.001 a 20.000	<input type="checkbox"/>
5	20.001 a 30.000	<input type="checkbox"/>
6	30.001 a 45.000	<input type="checkbox"/>
7	45.01 75.000	<input type="checkbox"/>
8	75.001 a 100.000	<input type="checkbox"/>
9	>= 100.000	<input type="checkbox"/>

Situación Financiera:

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

RAMO AL QUE APLICA:	
SUMA ASEGURADA :	USD.

DATOS DE BENEFICIARIO O AFIANZADO (EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)

VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL ASEGURADO Y:			
NOMBRES:			
APELLIDOS:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	CC <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	ESTADO CIVIL:		
NACIONALIDAD:			
CIUDAD DE RESIDENCIA:	PAIS DE RESIDENCIA		
DIRECCIÓN			
TELEFONO	CELULAR	E - MAIL	

En caso de que el beneficiario o afianzado sean diferentes del solicitante, asegurado o cliente, indique la relación existente entre ustedes:

FAMILIAR  COMERCIAL  LABORAL

ADJUNTAR

- COPIA DE ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN Y SUS REFORMAS.
- COPIA CERTIFICADA DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.
- NÓMINA ACTUALIZADA DE ACCIONISTAS O SOCIOS.
- CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES OTORGADO POR EL ÓRGANO DE CONTROL COMPETENTE.
- ESTADOS FINANCIEROS, MINIMO DE UN AÑO ATRÁS. EN CASO DE QUE POR DISPOSICION LEGAL, TIENEN LA OBLIGACIÓN LEGAL DE CONTRATAR UNA AUDITORÍA EXTERNA, LOS ESTADOS FINANCIEROS DEBERÁN SER AUDITADOS.
- COPIA DE PLANILLA DE SERVICIO BÁSICO.
- COPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS QUE SEAN FIRMAS AUTORIZADAS DE LA EMPRESA, O QUIENES REPRESENTEN LEGALMENTE A LA ENTIDAD.
- DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.

**SUMA ASEGURADA MAYOR A USD200,000**

ADJUNTAR

- CONFIRMACIÓN DEL PAGO DEL IMPUESTO A LA RENTA DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR .

DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS: CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS VALORES CANCELADOS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A., POR LA POLIZA ADQUIRIDA, SON Y PROVIENEN DE ACTIVIDADES LICITAS.

ASI MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA DETALLADA ES DE ABSOLUTA RESPONSABILIDAD DE QUIEN SUSCRIBE ESTE DOCUMENTO.

AUTORIZACION:

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES DEL ARTICULO 3 DE LA LEY PARA REPRIMIR EL LAVADO DE ACTIVOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A., A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI

COMO A LAS AUTORIDADES, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE ECUATORIANO SUIZA S.A.

Firma del Representante Legal  
C.C.

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGURO (En caso de que el producto se adquiera a través de Broker)**

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:

NÚMERO DE CREDENCIAL:

NOMBRE DEL EJECUTIVO ENCARGADO:

CARGO:

*Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su cliente", bajo la responsabilidad estipulada en el art. 17 de la Normativa JB-2013-2454.*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EJECUTIVO/ASESOR DE SEGUROS

**USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO CON LAS LISTAS DE INFORMACIÓN OFICIAL COMO:

REGISTRO CIVIL:  SRI:  PEP's:  CONSEP:  OFAC:  OTRAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EJECUTIVO COMERCIAL  
FECHA:

\_\_\_\_\_  
DEBIDA DILIGENCIA AMPLIADA  
FIRMA DEL GERENTE COMERCIAL