



SEGUROS UNIDOS

Revisado: 26/01/2017

FORMULARIO CONOZCA SU CLIENTE (Persona Jurídica)

Superintendencia de Bancos y Seguros Resolución JB-2013-2454 / JB-2013-2536

La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco; coloque N/A de ser el caso.

Ciudad	Fecha del formulario:	14.1.12 Propósito de la relación comercial (ramo que contrata)	Nuevo:
			Actualización:
1.- INFORMACIÓN DE LA EMPRESA			
14.4.1 Razón Social:			Tipo de Sociedad:
14.4.2 Número de RUC:	14.4.7 Actividad Económica:		
14.4.9 Lugar y fecha de constitución:	País / Ciudad:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
14.1.4 DOMICILIO: País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
14.1.5 Sector:	Calle Principal:	Nº:	Transersal:
14.4.6 Teléfono:	14.4.6 FAX:	14.4.6 Correo Electrónico para factura:	
Correo Electrónico para entrega de poliza:			
2.- INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO			
14.4.8 Nombres y Apellidos Completos:			14.4.8 Nº de Documento de Identificación:
14.4.9 Lugar y Fecha de nacimiento:			Nacionalidad:
14.4.10 Dirección de domicilio:			
14.4.10 Teléfono de domicilio:			Correo Electrónico:
Nº de celular:			Estado Civil:
3.- INFORMACION DEL CÓNYUGUE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO			
14.4.17 Nombres y Apellidos Completos:			
14.4.18 Tipo de identificación:			14.4.18 Número de identificación
4.- ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN (14.1.9)			
Principal Producto / servicio:			Origen de Ingresos mensuales:
Total de Ingresos (mensuales)			Total de Egresos (mensuales)
14.1.2 Total Activos (ejem. Vehículos, Casas, Etc)			Total de Pasivos (Ejem. Préstamos, Hipotecas)
5.- VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO (Aplica sólo si el solicitante y beneficiario fueran diferentes del asegurado (14.1.13))			
SOLICITANTE: Razón Social o Nombres Completos:			
Fecha de Constitución / nacimiento:		Número de Identificación:	Nacionalidad:
Nº de Celular:	Dirección de domicilio/empresa:		
Correo Electronico:			Télefono domicilio/empresa:
Relación:	Explique la relación en caso de otro:		
BENEFICIARIO: Razón Social o Nombres Completos:			
Fecha de Constitución / nacimiento:		Número de Identificación:	Nacionalidad:
Nº de Celular:	Dirección de domicilio/empresa:		
Correo Electronico:			Télefono domicilio/empresa:
Relación:	Explique la relación en caso de otro:		
PAGADOR: Razón Social o Nombres Completos:			
Fecha de Constitución / nacimiento:		Número de Identificación:	Nacionalidad:
Nº de Celular:	Dirección de domicilio/empresa:		
Correo Electronico:			Télefono domicilio/empresa:
Relación:	Explique la relación en caso de otro:		
6.- DECLARACION DE INFORMACIÓN			
Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa, y proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales; así como el comunicar y documentar de manera inmediata a Seguros Unidos S.A., cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la compañía, me comprometo a proveer la documentación e información que me sea solicitada.			
7.- DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS (14.1.14)			
El (la) asegurado (a) y/o el (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a SEGUROS UNIDOS S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de; Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento de Terrorismo u otros delitos. Igualmente declara que los fondos con los cuales se pagará la prima correspondiente a este contrato de seguros tienen origen lícito y no guardan ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente.			
8.- JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS (Art. 14)			
En caso de que el potencial cliente no cuente con alguno de los datos o documentación solicitada, y lo justifique razonablemente, se deberá consignar tal circunstancia en este espacio:			

9.- AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales para la Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a SEGUROS UNIDOS S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; así como autorizó expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS UNIDOS S.A toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, incluido la revisión de los buró de crédito sobre la información de riesgos crediticios.

10.- NOMBRAMIENTO DE CORREDOR DE SEGUROS

A partir de la presente fecha, designamos como ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS a _____ para todo el Programa de Seguros; están autorizados para actuar en nuestra representación en todo lo referente al manejo de la póliza: solicitud del seguro, generación de póliza, renovación y mantenimiento de las Pólizas de Seguros contratados con Seguros Unidos S.A. El presente nombramiento no genera ningún costo entre las partes y se mantendrá en vigencia hasta ser revocada por escrito por el titular de la póliza, además deja sin efecto cualquier otro documento que se hubiera emitido con la misma finalidad.

11.- FIRMA (14.1.15) (La firma debe ser igual a como consta en el documento de identificación)

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas de seguro.

Firma del cliente

Nº de documento de Identificación:

Ciudad

Fecha (dd/mm/aaaa)

12.- INFORMACION DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Razón Social/ Nombres completos:

Número de Credencial:

Nombre del Ejecutivo Comercial:

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 artículo 17 de la normativa JB-2013-2454.

Firma del Asesor Productor de Seguros / sello

Nº de documento de Identificación:

Ciudad

Fecha (dd/mm/aaaa)

13.- DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO (La documentación deber ser legible, actualizada y completa)

a) Para sumas aseguradas inferiores a los USD. 200.000 adjuntar

Declaración sobre condición PEP.

Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir.

Copia de RUC actualizado.

Copia de Documento de Identificación y copia de papeleta de votación del Representante Legal, de ser el caso.

Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida por el cliente en el órgano de control competente o registro competente.

Certificado de Cumplimiento de Obligaciones otorgado por el Órgano de control competente, de ser aplicable (IESS, SBS, SCVS, Patente, Permisos de funcionamiento, etc).

Documento de Identificación de las personas que sean firma autorizadas de la empresa, o quienes la representen legalmente.

Copia de Documento de Identificación y copia de papeleta de votación del Cónyuge o Conviviente del Representante Legal, de ser el caso.

Estados Financieros, mínimo de un año atrás. Encaso de que por disposición legal, tienen la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados.

Copia certificada del nombramiento del Representante Legal o Apoderado.

Copia de un recibo cualquiera de los servicios básicos donde conste dirección.

b) Adicional al literal (a) para sumas aseguradas superiores a los USD. 200.001 adjuntar

Estados financieros auditados, mínimo de un año atrás, de ser aplicable; y,

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.

14.- USO EXCLUSIVO SEGUROS UNIDOS S.A.

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO RESPONSABLE QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN

Certifico que he verificado personalmente la identidad del contratante con las listas de información nacional e internacional, que he revisado la documentación solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca a su Cliente".

FECHA:

dd/mm/aaaa

Nombre del Responsable:

Nº de identificación:

Firma del Responsable



SEGUROS UNIDOS

FECHA:

dd/mm/aaaa

Revisado por la Unidad de Cumplimiento

14.4.19 Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario con listas de información oficial como:

REGISTRO CIVIL SRI UAFE FUNCIÓN JUDICIAL OTRAS _____