



## 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.: \_\_\_\_\_ Psprt: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Psprt: \_\_\_\_\_ 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 (\$)

Describe el tipo de Activos/Bienes que posee:

Describe el tipo de Pasivos/Créditos que tiene:

Describe 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
- Copia de RUC
- Copia de un recibo de Servicio Básico (Agua, Luz o Teléfono)
- Declaración de Impuesto a la Renta
- Copia certificada de Nombramiento de Representante Legal
- Nómina Actualizada de Socios y/o Accionistas
- Copia de la Escritura de Constitución de la Compañía y de sus reformas
- Últimos estados financieros auditados
- Certificado de Cumplimiento de Obligaciones (Entidades controladas por la SBS, SCVS)
- 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*

