



FORMULARIO DE VINCULACIÓN PROVEEDORES

El presente formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras, como requisito indispensable para el registro y vinculación como proveedor de CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. La información solicitada, se encuentra conforme a las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento; y, resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS); Junta de Política y Regulación Financiera; y, Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

TIPO DE PERSONERÍA:

NATURAL (llenar desde la sección B)

JURÍDICA (llenar todas las secciones)

A. INFORMACIÓN BÁSICA (PERSONA JURÍDICA)

Razón social		Sector económico		Tipo de Compañía		RUC
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA		<input type="text"/>
Objeto social <input type="text"/>						
LUGAR Y FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA / SOCIEDAD / FUNDACIÓN						
País	Ciudad	Fecha de Constitución	Nacionalidad	Situación Legal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ACTIVA <input type="checkbox"/> LIQUIDACIÓN <input type="checkbox"/> CANCELADA		
Tipo de Compañía						
<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> SUCURSAL EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD LIMITADA	<input type="checkbox"/> S.A.S	<input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN	<input type="checkbox"/> CONSORCIO
<input type="checkbox"/> COMANDITA POR ACCIONES	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE HECHO	<input type="checkbox"/> OTRAS NO REGULADAS				
LUGAR DE RESIDENCIA DE LA EMPRESA / SOCIEDAD / FUNDACIÓN						
País	Ciudad	Dirección			Número de Sucursales	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
DATOS DE CONTACTO						
Teléfono Fijo / PBX	Celular Principal	Celular 2	Correo electrónico principal		Correo electrónico adicional	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

B. INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONA JURIDICA

Nombre completo (Apellidos y Nombres)		No.ID	Cédula	RUC	PSSPT.	Fecha de Nombramiento	Nacionalidad	Edad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País de Nacimiento	Ciudad de nacimiento	Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil		Sexo / Genero		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		
País de residencia	Ciudad de residencia	Dirección de domicilio		Teléfonos de contacto		Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
DATOS DEL CONYUGE								
Nombre completo (Apellidos y Nombres)		No. ID.	Cédula	RUC	Pasaporte	Teléfono celular / fijo	Correo electrónico	¿Separación de bienes?
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nacionalidad	Dirección domicilio		Actividad Económica					
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					

C. INFORMACIÓN ECONÓMICA/FINANCIERA DEL PROVEEDOR

Actividad económica principal		Origen de sus ingresos				OTROS (especifique)	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	<input type="checkbox"/> APORTE DE ACCIONISTAS	<input type="checkbox"/> APORTE ESTATAL	<input type="checkbox"/> DIVIDENDOS POR INVERSIÓN	<input type="text"/>	
Ingresos Mensuales (\$)	Egresos Mensuales (\$)	Activos Totales (\$)		Pasivos Totales / Deudas (\$)		Patrimonio (\$)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
¿Sus ingresos o parte de ellos provienen de actividades en el exterior?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Si sus ingresos responden a actividades en el exterior, indique que actividades			
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Describa el tipo de Activos/Bienes que posee				Describa el tipo de Pasivos/Créditos que tiene			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

D. REFERENCIAS

REFERENCIA BANCARIA							
Origen de la cuenta		Tipo de cuenta		Institución Financiera		Número de Cuenta	
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INVERSIÓN	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INVERSIÓN	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INVERSIÓN	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INVERSIÓN	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
REFERENCIA COMERCIAL							
Entidad		Monto (\$)		Teléfonos			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

E. DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Usted o su representante legal, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero? SI NO

SI RESPONDIÓ "SI" EN LA PREGUNTA ANTERIOR, INDIQUE LO SIGUIENTE:

Rango jerárquico que desempeña o desempeñó	Cargo	Institución	Fecha desde:	Fecha hasta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Usted o su representante legal es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/nietos) o 1er. de afinidad (cónyuge)? SI NO

¿Usted o su representante legal, trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? SI NO

En caso de ser familiar; colaborar o ser empleado de un PEP, indicar la relación:

Nombres y Apellidos del PEP:	Cargo del PEP:	Institución en la que trabaja o trabajó el PEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

- Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte (extranjeros) / Titular - Representante Legal
- Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte (extranjeros) / Conyuge del Titular - Representante Legal
- Copia de RUC
- Copia de recibo de servicio básico (agua o luz)
- Declaración del Impuesto a la Renta del último ejercicio vigente
- Copia del nombramiento del 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*
- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas*
- Certificado de cumplimiento de obligaciones**
- Credencial o permiso de funcionamiento otorgado por la entidad de control**
- Escritura pública o poder (cuando existan apoderados especiales)

*Aplica para personas jurídicas

**Aplica para personas controladas por la SCVS o SBS

G. DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS 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 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 fuera requerido, 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.

H. ACEPTACIÓN DE COMPROBANTES ELECTRÓNICOS

Queda convenido mediante mi firma física, electrónica, digital en este formulario o aceptación expresa a los términos y condiciones en cualquier plataforma habilitada por CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, que acepto y doy mi consentimiento para que CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS envíe los comprobantes electrónicos emitidos a mi nombre o de mi representada, a la dirección de correo electrónico proporcionada en este documento o en los medios dispuestos para ello.

I. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, tiene como objetivo precautelarse el derecho que tienen sus clientes, la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos de protección de estos. En este sentido, como OFERTANTE / PROVEEDOR autorizo a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, para tratar mis datos personales y los de mi representada, con la finalidad de que los datos sean utilizados para el registro, evaluación y uso que la compañía de seguros estime conveniente, garantizando el cumplimiento de la norma vigente y la protección de sus datos personales.

J. DECLARACIÓN PARA RENOVACIÓN DE CONTRATOS, CONVENIOS Y ACUERDOS COMERCIALES

En virtud de mi decisión de proceder con la renovación de los contratos, convenios y/o acuerdos comerciales con CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, declaro bajo juramento que la información ingresada en la empresa de seguros, 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 un error u omisión, no se incluya 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 del último ejercicio vigente
- Certificado de cumplimiento (entidades controladas por la SBS y SCVS)
- Nombramiento del Representante Legal actualizado
- Estados Financieros Actualizados (anual)
- Estatutos y reformas (en caso de existir)
- Cualquier otro documento que la compañía exija en cumplimiento de la normativa vigente.

FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

C.C./RUC/PSP:

FECHA ENTREGA

K. PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

OBSERVACIONES

REVISADO POR:

FECHA DE RECEPCIÓN / REVISIÓN:

FIRMA DEL COLABORADOR

* He revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el proveedor y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a la Política "Conozca a su Proveedor", incluyendo que la firma del titular o representante legal corresponda a la de su documentos de identificación.
* He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "conozca a su proveedor" y he verificado el riesgo del titular o representante legal.



V08-AGO23