

FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y RENOVACIÓN DE RELACIONES COMERCIALES CON CLIENTES

PERSONA JURÍDICA, FUNDACIONES Y OTRAS SOCIEDADES

El presente formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras, como requisito indispensable para la emisión de su Póliza de Seguro. 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).

A. INFORMACIÓN BÁSICA (DATOS DE LA COMPAÑÍA, FUNDACIÓN O SOCIEDAD)

Razón social RUC

Objeto social Sector económico Tipo de Compañía

PÚBLICA PRIVADA MIXTA

LUGAR Y FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA / SOCIEDAD / FUNDACIÓN

País Ciudad Fecha de Constitución Nacionalidad Situación Legal

ACTIVA LIQUIDACIÓN CANCELADA

Tipo de Compañía

SOCIEDAD ANÓNIMA COMPAÑÍA ANÓNIMA SUCURSAL EXTRANJERA RESPONSABILIDAD LIMITADA S.A.S ASOCIACIÓN CONSORCIO COMANDITA POR ACCIONES SOCIEDAD DE HECHO OTRAS NO REGULADAS

LUGAR DE RESIDENCIA DE LA EMPRESA / SOCIEDAD / FUNDACIÓN

País Ciudad Dirección Número de Sucursales

DATOS DE CONTACTO

Teléfono Fijo / PBX Celular Principal Celular 2 Correo electrónico principal Correo electrónico adicional

B. INFORMACIÓN BÁSICA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo (Apellidos y Nombres) No. Identificación Cédula RUC Pasaporte Fecha de Nombramiento Años designación

País de Nacimiento Ciudad de nacimiento Fecha de nacimiento Nacionalidad Estado Civil Sexo / Genero

MASCULINO FEMENINO

País de residencia Ciudad de residencia Dirección de domicilio Teléfonos de contacto Correo electrónico

DATOS DEL CONYUGE

Nombre completo (Apellidos y Nombres) Cédula RUC Psspt Teléfono celular / fijo Correo electrónico ¿Separación de bienes?

SI NO

Nacionalidad Dirección domicilio Actividad Económica

C. INFORMACIÓN ECONÓMICA/FINANCIERA DE LA COMPAÑÍA, FUNDACIÓN O SOCIEDAD

Actividad económica principal Origen de sus ingresos OTROS (especifique)

VENTA DE BIENES Y SERVICIOS APORTE DE ACCIONISTAS APORTE ESTATAL DIVIDENDOS POR INVERSIÓN

Ingresos Mensuales (\$) Egresos Mensuales (\$) Activos Totales (\$) Pasivos Totales / Deudas (\$) Patrimonio (\$)

¿Sus ingresos o parte de ellos provienen de actividades en el exterior? SI NO Si sus ingresos responden a actividades en el exterior, indique que actividades

Describe el tipo de Activos/Bienes que posee Describe el tipo de Pasivos/Créditos que tiene

D. ACCIONISTAS (Personas naturales o jurídicas que posean más del 10% de participación)

| Identificación | Nombres completos | Nacionalidad | Tipo de Inversión | Capital (\$) | Participación (%) |
|----------------|-------------------|--------------|---|--------------|-------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | | |
| | | | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | | |
| | | | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | | |
| | | | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | | |
| | | | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | | |

E. VINCULOS ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO (EN EL CASO DE SER DIFERENTES AL ASEGURADO)

Nombres y Apellidos Solicitante o contratante Afianzado Beneficiario Relación No. Identific. Cédula RUC Psspt Nacionalidad

Provincia Ciudad Dirección Domicilio Correo electrónico Teléfono

F. RELACIÓN COMERCIAL O CONTRACTUAL

Ramo de seguro Suma asegurada (\$) Canal de vinculación Forma de pago Propósito de contratar el seguro

G. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

- Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte (extranjeros) / Representante Legal
- Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte (extranjeros) / Conyuge 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 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 SBS/SCVS)
- Escritura pública o poder (cuando existan apoderados especiales)

H. DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) APLICA AL REPRESENTANTE O APODERADO

¿Usted, 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:

¿Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/nietos) o 1er. de afinidad (cónyuge)?

SI NO

¿Usted trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

SI NO

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

Nombres y Apellidos del PEP:

Cargo del PEP:

Institución en la que trabaja o trabajó el PEP

I. 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.

J. 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.

K. 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 precautelar el derecho que tienen sus clientes, la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos protección de estos. En este sentido, como Cliente, Asegurado, Solicitante y/o beneficiario de una póliza de seguro 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 brindar el servicio del o los seguros contratado (s), garantizando el cumplimiento de la norma vigentes y la protección de sus datos personales.

L. DECLARACIÓN PARA INFORMACIÓN DE 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/e, 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)

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

C.C./RUC/PSP:

FECHA ENTREGA

M. DECLARACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS (APS)

Yo como Asesor Productor de Seguros y/o Agencia 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, declaraciones y aprobaciones constantes en el presente documento, corresponden al Cliente identificado en este formulario. Asumo toda responsabilidad sobre cualquier error u omisión cometido y eximo a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS sobre cualquier reclamo o evento legal que pudiere generar el cliente o entidad de control, a consecuencia de este error u omisión.

NOMBRE DEL APS

FECHA DE VERIFICACIÓN

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL APS

N. 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 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 documentos de identificación.

* He revisado las listas nacionales e internacionales de acuerdo a la Política "conozca a su cliente y he verificado el riesgo del cliente o contratante.