

Superintendencia de Bancos y Seguros Resolución JB-2013-2536 / JB-2014-3089 Art. 14
 La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco
 Esta información deberá ser actualizada cada año

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón Social:		RUC N°:	
Actividad Económica:		Lugar y Fecha de Constitución: ____ / ____ / ____ / ____	
DIRECCIÓN: País:		Provincia:	Cantón:
Referencia:		Calle principal:	Calle Transversal:
Teléfono: /		Correo electrónico:	Fax:
Correo Electrónico para el envío de la factura electrónica:			
TIPO DE SOCIEDAD: Pública: <input type="checkbox"/> Cía Ltda: <input type="checkbox"/> Mixta: <input type="checkbox"/> Extranjera: <input type="checkbox"/> ONG: <input type="checkbox"/> Cooperativa: <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima: <input type="checkbox"/>			
Fideicomiso/Admin. de Fondos: <input type="checkbox"/> Fundación/Corporaciones: <input type="checkbox"/> Asociación/Consortio: <input type="checkbox"/> Sociedad civil o de hecho: <input type="checkbox"/>			
Sociedad en cuentas de participación: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> Especifique:			
Posee permiso de exportación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número: _____ Número de empleados: _____			

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y apellidos completos:		Lugar y fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	
N° de Cédula/Pasaporte/RUC:		Nacionalidad:	Teléfono domicilio:
Dirección de domicilio:		Correo electrónico:	
Celular N°:	Estado Civil: Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Unión de Hecho: <input type="checkbox"/>
		Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación: _____

PERFIL FINANCIERO

Ingresos anuales	<input type="text"/>	Total egresos anuales	<input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS:	USD. <input type="text"/>	TOTAL PASIVOS:	USD. <input type="text"/>

ACCIONISTAS CON EL 25% O MÁS DEL CAPITAL SUSCRITO

Razón social/nombre completo	Número de ID	%Participación	Nacionalidad	Nombre del Representante Legal si su accionista es una persona jurídica

*¿Tiene otro solicitante (pagador) su póliza?

 Si No

Identificación solicitante: _____

Nombre solicitante: _____

Relación: _____

*¿Tiene otro beneficiario su póliza?

 Si No

Identificación solicitante: _____

Nombre solicitante: _____

Relación: _____

DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

 Usted es una *Persona Expuesta Políticamente: Si No Cargo que desempeña: _____

 Tiene algún familiar que sea una Persona Expuesta Políticamente: Si No

Parentesco: _____ Cargo que desempeña: _____

*Persona Expuesta Políticamente, es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano a una Persona Expuesta Políticamente.

DECLARACIÓN 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 EQUINOCCIAL S.A. cualquier cambio de 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.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDO

El (la) asegurado (a) y/o el (la) solicitante declara libre y voluntariamente, que el seguro solicitado a SEGUROS EQUINOCCIAL S.A., ampara bienes, garantías y contratos de procedencia lícita, los mismos que no están ligados con actividades de: Narcotráfico, Lavado de Activos, Financiamiento del 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.

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 EQUINOCCIAL 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 autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS EQUINOCCIAL 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.

FIRMA

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 REPRESENTANTE LEGAL
CC/PASAPORTE:

_____/_____/_____/_____
Lugar día mes año

INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Razón Social / Nombres completos:

Número de credencial:

Nombre del ejecutivo encargado:

Cargo:

DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO

Para sumas aseguradas inferiores a los USD. 200.000 adjuntar:

Adicionalmente, para sumas a aseguradas superiores a los USD. 200.001 adjuntar:

- Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir.
- RUC.
- Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación del Representante Legal de la compañía.
- 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, de ser aplicable.
- Certificado de Cumplimiento de Obligaciones otorgado por el órgano competente, de ser aplicable.
- Documento de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa, o quienes la representen legalmente.
- Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación del cónyuge o conviviente del representante legal, si aplica.
- Estados financieros, mínimo de un año atrás. En caso de que por disposición legal, tienen la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados.
- Copia del nombramiento del Representante Legal o Apoderado.
- Copia de uno de los recibos de servicio básico (agua, luz, teléfono).

- Estados financieros auditados, mínimo de un año atrás.
- 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.