

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
 Escribir a máquina o en letra de Imprenta. Esta información debe actualizarse una vez al año

Nombre del Asegurado:

Bróker:

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón Social Completa:			
RUC:		Objeto Social:	
Lugar y Fecha de Constitución: _____ / _____ / _____		Describe su actividad principal:	
DIRECCIÓN MATRIZ: País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Referencia:	Calle principal:	Calle Transversal:	N°:
Teléfono: _____ / _____		Dirección página web:	
N. de empleados:	Predio: Propio <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/>	Hipoteca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
DIRECCION SUCURSAL: País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Referencia:	Calle principal:	Calle Transversal:	N°:
Capital Suscrito USD:		Capital Pagado USD:	
TIPO DE SOCIEDAD: Pública: <input type="checkbox"/>	Cía Ltda: <input type="checkbox"/>	Mixta: <input type="checkbox"/>	Extranjera: <input type="checkbox"/>
Cooperativa: <input type="checkbox"/>	Sociedad: <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"/>	Permiso de exportación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número:

DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA FACTURA ELECTRÓNICA

Correo electrónico:	Nombre:
---------------------	---------

DATOS DE CONTACTO FIANZAS

Nombres:	Teléfono:
Correo electrónico:	Celular:

DATOS DE CONTACTO COBRANZAS

Nombres:	Teléfono:
Correo electrónico:	Celular:

INFORMACIÓN DE LOS REPRESENTANTES LEGALES O APODERADOS
GERENTE

Nombres y apellidos completos:			
N° de Cédula/Pasaporte/RUC:		Nacionalidad:	
Dirección de domicilio:		Correo electrónico:	
Celular N°:	Estado Civil: Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Unión Libre: <input type="checkbox"/>
Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>	Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Telf .domicilio:
Cónyuge nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Trabajo actual:		Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:		

PRESIDENTE

Nombres y apellidos completos:			
N° de Cédula/Pasaporte/RUC:		Nacionalidad:	
Dirección de domicilio:		Correo electrónico:	
Celular N°:	Estado Civil: Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Unión Libre: <input type="checkbox"/>
Divorciado: <input type="checkbox"/>	Viudo: <input type="checkbox"/>	Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Telf .domicilio:
Cónyuge nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Trabajo actual:		Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:		

PERFIL FINANCIERO Y NIVEL DE VENTAS

Principal Producto:

VALOR	Marque con una X
1.001 a 5.000	<input type="checkbox"/>
5.001 a 10.000	<input type="checkbox"/>
10.001 a 15.000	<input type="checkbox"/>
15.001 a 20.000	<input type="checkbox"/>
20.001 a 30.000	<input type="checkbox"/>
30.001 a 45.000	<input type="checkbox"/>
45.001 a 75.000	<input type="checkbox"/>
75.001 a 100.000	<input type="checkbox"/>
100.001 en adelante	<input type="checkbox"/>

Información obligatoria para todos los clientes

Si sus ingresos son mayores a 100,001 coloque el valor

TOTAL ACTIVOS:

TOTAL TOTAL PASIVOS:

TOTAL EGRESOS:

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

EXPERIENCIA

CONTRATOS MÁS IMPORTANTES TERMINADOS

LOCALIZACIÓN	TIPO DE OBRA	AÑO	MONTO DEL CONTRATO	BENEFICIARIO

CONTRATOS MÁS IMPORTANTES QUE SE ENCUENTRE EJECUTANDO EN ESTE MOMENTO

LOCALIZACIÓN	TIPO DE OBRA	AÑO	MONTO DEL CONTRATO	BENEFICIARIO

SEGUROS

TIPO DE SEGURO	MONTO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE VENCIMIENTO

REFERENCIAS

BANCARIAS	N° DE CUENTA	CTA AH / CTA CTE	CUENTA PARA EL DÉBITO
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARJETAS DE CRÉDITO	N° DE TARJETA	FECHA DE CADUCIDAD	TARJETA PARA EL DÉBITO
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

CROQUIS (POR FAVOR DIBUJAR CROQUIS SI LA DIRECCIÓN ES FUERA DEL PERÍMETRO URBANO)

**DECLARACIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)
Resolución N°. UAF-DG-2012-0034**

La presente declaración no constituye una autoincriminación de ninguna clase, ni conlleva ninguna clase de responsabilidad administrativa, civil o penal.

Yo, _____ con documento de identificación No. _____ informo que he leído la Lista Mínima de Cargos Públicos a ser considerados "Personas Expuestas Políticamente (PEP´s)" y declaro bajo juramento que SI NO me encuentro ejerciendo uno de los cargos, o tengo relación de las incluidas en el mencionado documento.

Si su respuesta es afirmativa, por favor, llenar la siguiente información:

- Cargo de la Persona Expuesta Políticamente _____
- Función de la Persona Expuesta Políticamente _____
- Jerarquía de la Persona Expuesta Políticamente _____

Adicionalmente, declaro que mantengo relaciones de tipo Comerciales , Contractuales , Laborales o me encuentro asociado de cualquier forma con el/la Sr/a: _____

Además, asumo el compromiso de informar cualquier cambio relacionado con la información indicada en el presente documento en un máximo de treinta (30) días.

Lugar y fecha _____ / _____ / _____

Firma _____

Para uso del corredor/aseguradora

Certifico/certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros documentos y fue registrada en mi presencia.

Sello y firma del sujeto obligado o su delegado

PARA VER LA LISTA MÍNIMA DE CARGOS PÚBLICOS A SER CONSIDERADOS COMO PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE FAVOR INGRESAR A LA PÁGINA WEB DE SEGUROS EQUINOCCIAL

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de modo confiable y actualizado. 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 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.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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 autorizó 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, de igual forma, queda expresamente autorizado para que pueda transferir o entregar dicha información a los burós de crédito y/o a la Central de Riesgos si fuere pertinente.

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 CLIENTE
CC / PASAPORTE:

Lugar

/
día

/
mes

/
año

INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Razón Social/ Nombres completos:

Número de credencial:

Nombre del ejecutivo encargado:

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 - 2536 / JB - 2013 - 3089.

FIRMA DEL BRÓKER
CC / PASAPORTE:

Lugar

/
día

/
mes

/
año

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

REFERIDO SI NO

SUSCRIPTOR

FECHA DE RECEPCIÓN

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS

TIPO DE PRODUCTO QUE APLICA

NUEVO

ACTUALIZACIÓN

DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO

- Llenar informe básico - Persona Jurídica
- Copia de escritura de constitución, reformas de estatutos e incrementos de capital.
- Nombramientos actualizados y debidamente legalizados de administradores.
- Copia de cédula de identidad y papeleta de votación a color del representante legal.
- Copia de R.U.C
- Copia de R.U.P
- Balances auditados o presentados a la Superintendencia de Compañías de los 2 últimos años.
- Referencias bancarias por escrito.
- Currículum de la Empresa con detalle de principales contratos realizados, contratos en proceso y por ejecutar, así como montos contratados.
- Actas de entrega - recepción de principales contratos realizados y de mayor cuantía.
- Formato de registro de firmas.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN GARANTE

- Llenar informe básico - Persona Natural
- Copia de cédula de identidad y papeleta de votación a color de garante y cónyuge.
- Respaldos patrimoniales (copia de matrícula vehículos o maquinarias, pago de impuestos prediales)
- Certificados bancarios
- Copia de servicios básico.

DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA EMISIÓN

- Contrato o adjudicación
- Solicitud de póliza