

# Formulario de Vinculación "Conozca a su Cliente"

## Persona Jurídica

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa respecto de la Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, le solicitamos llenar el presente formulario. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Señale si la Relación Comercial es	<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Fecha
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

### 1. Datos de vinculación

Señale si usted es	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario
--------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Indique los vínculos existentes entre:

Solicitante - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Solicitante - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro

### 2. Datos de la persona jurídica

RUC No.	Razón Social	Objeto Social	Fecha de Constitución
Actividad Económica		País de Domicilio	Provincia
			Ciudad
Tipo de Empresa	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Anónima <input type="checkbox"/> Compañía Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> ONG/Fundación		
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal
Correo Electrónico	Teléfono		

### 3. Información del representante legal o apoderado

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento			
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal	
Correo Electrónico	Teléfono			

### 4. Información del cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado (en el caso de que aplique)

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				

### 5. Situación financiera

Detalle sus ingresos mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo a los siguientes rangos:

<input type="checkbox"/> De 1.000 a 5.000	<input type="checkbox"/> De 5.001 a 10.000	<input type="checkbox"/> De 10.001 a 15.000	<input type="checkbox"/> De 15.001 a 20.000
<input type="checkbox"/> De 20.001 a 30.000	<input type="checkbox"/> De 30.001 a 45.000	<input type="checkbox"/> De 45.001 a 75.000	<input type="checkbox"/> De 75.001 a 100.000
<input type="checkbox"/> >= 100.001			
Total Activos	USD	Total Pasivos	USD

### 6. Propósito de la relación comercial (para uso de comercial o asesor productor)

<input type="checkbox"/> Ramos Generales <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Vida	Valor Asegurado	USD
---	-----------------	-----

### 7. Declaración de información

**Declaración de Licitud de Fondos:** Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Chubb Seguros Ecuador S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la "Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos".

**Declaración de Licitud de información:** Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

**Autorización:** Autorizo a Chubb Seguros Ecuador 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 mismo autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas.

# Formulario de Vinculación “Conozca a su Cliente”

## Persona Jurídica

### 8. Documentos a adjuntar

a) Copias de escrituras de constitución y sus reformas, de existir éstas	<input type="checkbox"/>
b) Certificado de cumplimiento de obligaciones (de ser aplicable)	<input type="checkbox"/>
c) Nómina actualizada de socios o accionistas, otorgado por el órgano de control competente	<input type="checkbox"/>
d) Copia certificada del Nombramiento del Representante Legal o Apoderado	<input type="checkbox"/>
e) Copia de documento de identificación del Representante Legal o Apoderado	<input type="checkbox"/>
f) Copia de documento de identificación del cónyuge del Representante Legal o Apoderado	<input type="checkbox"/>
g) Estados Financieros del último año (auditados de ser aplicable)	<input type="checkbox"/>
h) Copia de un recibo de servicio básico (máximo 3 meses atrás)	<input type="checkbox"/>
i) Copia del RUC	<input type="checkbox"/>
j) Copia del Pago de Impuesto a la Renta del año inmediato anterior o su confirmación publicada en la página web (Si la suma asegurada sobrepasa los USD 200.000)	<input type="checkbox"/>
<b>Para el caso de fundaciones, ONG u otro tipo de institución, en los literales a), b), c)</b>	
a) Copia del Acuerdo Ministerial o instrumento legal que acredite la personería jurídica y su existencia legal	
b) Certificado de Cumplimiento de Obligaciones con el SRI	
c) Copia de la nómina del comité administrativo o directiva	

### 9. Justifique falta de información

Observación

### 10. Declaración de persona expuesta políticamente (PEP)

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

Yo, \_\_\_\_\_, con documento de identificación No. \_\_\_\_\_ informo que he leído la Lista Mínima de Cargos Públicos a ser Considerados como “Personas Expuestas Políticamente (PEP’s)” y declaro bajo juramento que si  no  me encuentro ejerciendo uno de los cargos, o tengo una relación de las incluidas en el mencionado documento.

En el caso de que la respuesta sea positiva, indicar: Cargo/Función/Jerarquía o relación con la Persona Expuesta Políticamente.

\_\_\_\_\_

Adicionalmente, declaro que mantengo relaciones comerciales  contractuales  o laborales  o me encuentro asociado de cualquier forma con (favor detallar el nombre de la persona natural o jurídica) \_\_\_\_\_

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

- *Se considera Persona Expuesta Políticamente a aquella que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, que por su perfil pueda exponer en mayor grado a la entidad al riesgo de lavado de activos y financiamiento de delitos, por ejemplo, jefe de Estado o de un gobierno, político de alta jerarquía, funcionario gubernamental, judicial o militar de alto rango, ejecutivo estatal de alto nivel, funcionario importante de partidos políticos, Las relaciones comerciales con, los parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad y los colaboradores cercanos. Serán considerados PEP después de un (1) año de haber cesado en las funciones que desempeñaba.*

### 11. Firma del solicitante y/o asegurado

Firma

No. Documento

### 12. Firma del ejecutivo o el asesor productor

Declaro haber cumplido con el proceso de la Política “Conozca a su Cliente”, de acuerdo a lo requerido en la normativa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (Resolución JB-2012-2147)

Firma

Nombre del Asesor Productor		Nombre del Ejecutivo		No. de Credencial	
-----------------------------	--	----------------------	--	-------------------	--