

**FORMULARIO DE VINCULACION DE INICIO/RENOVACION DE RELACIONES COMERCIALES
"CONOZCA A SU CLIENTE" PERSONAS JURÍDICAS**

 Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos
y del Financiamiento de Delitos


TIPO DE SEGURO	RAMOS	SUMA ASEGURADA				
NUEVO RENOVACIÓN	VIDA GENERALES	0,00 – 50.000,00	50.001,00–200.000,00	200.001,00–En Adelante		
DESCRIPCIÓN DE(L)(LOS) SEGURO(S) A QUE APLICA						
1.- DATOS BÁSICOS						
RAZÓN SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL		RUC	NACIONALIDAD	
PROVINCIA		CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR	
DIRECCIÓN(Calle principal, intersección, número de casa o lote)						
TELEFONOS		CELULAR	E-MAIL DE NOTIFICACIÓN (ASEGURADO)			
2.- SECTOR ECONOMICO						
ACTIVIDAD ECONÓMICA Agrícola___ Producción___ Turismo___ Ganadero___ Construcción___ Pesca___ Transporte___ Comercio___ Otros Servicios (especificar)_____				ESPECIFIQUE EL PRODUCTO O SERVICIO QUE SU EMPRESA OFRECE		
3.- INFORMACIÓN DE LA EMPRESA						
TIPO DE EMPRESA Pública Privada	CICLO DE VIDA Activa En Constitución	DOMICILIADA EN EL PAÍS Si No	FINALIDAD ECONÓMICA Sin Fines de Lucro Con fines de Lucro	FECHA DE CONSTITUCIÓN		
SITUACIÓN FINANCIERA (último año)			ESTADO DE RESULTADOS (último año)			
ACTIVO	PASIVO	PATRIMONIO	INGRESOS	EGRESOS	UTILIDAD	
Origen de Fondos: _____						
4.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)
FECHA DE NACIMIENTO Año___ Mes___ Día___		LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO F___ M___	ESTADO CIVIL Soltero(a)___ Casado(a)___ Divorciado(a)___ Unión Libre___ Viudo(a)___		
5. REFERENCIAS BANCARIAS Y/O COMERCIALES						
CUENTAS BANCARIAS				TARJETAS DE CRÉDITO		
TIPO DE CUENTA Ahorros Corriente	No. CUENTA	INSTITUCIÓN		No. TARJETA	EMISOR	
6. VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO						
No. IDENTIFICACIÓN (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)		APELLIDOS		NOMBRES		TIPO DE SUJETOS Asegurado___ Beneficiario___
PROVINCIA		CANTÓN	CIUDAD	PARROQUIA	SECTOR	
DIRECCIÓN(Calle principal, intersección, número de casa o lote)						
TELEFONOS		CELULAR	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE		E-MAIL	

7.- ACEPTACIÓN DEL CLIENTE

1. Declaro (amos) de que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de los datos contenidos en el formulario.
2. Declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Latina Seguros C.A, por la (las) prima (s) de las póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.
3. Conocedor (es) de la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Latina Seguros C.A. a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal en contra de Latina Seguros C.A., sus funcionarios y autoridades.

8. FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

En caso de cambio de dirección domiciliaria, electrónica, número telefónico debe comunicar a Latina Seguros C.A. en un plazo de 8 días.

Firma y sello: _____

Fecha: ____/____/____

9.-DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Escritura de constitución
2. Nombramiento del Representante Legal
3. Copia legible de la Cédula de Identidad del Representante Legal y de su cónyuge si aplica
4. Copia legible del RUC
5. Copia legible de un recibo de cualquier servicio básico actualizado.
6. Copia legible de la declaración del Impuesto a la Renta del año anterior.
7. Nómina de accionistas
8. Certificado de Cumplimiento de Obligaciones, emitido por el ente que lo supervise
9. Copia legible de los Estados financieros auditados si la suma asegurada es mayor a USD\$200.00
10. Adjuntar listado de personas asegurables con la siguiente información mínima: Nombres / Apellidos / Tipo de documento de identificación / Número de documento de identificación / Fecha de nacimiento o Edad / Sexo

10. ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o razón social del Asesor Productor de Seguros: _____

Ruc o No. Identificación: _____

Nombre del Represente legal: _____

Firma y sello del Asesor Productor de Seguros: _____

11. EJECUTIVO COMERCIAL COMPAÑÍA DE SEGUROS

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Revisado en listas de Información Reservada nacionales e internacionales: Si No Coincidencias: Si No

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

C.I