

**FORMULARIO "CONOZCA AL ACCIONISTA DEL CLIENTE"**

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; Resolución JB-2013-2454

La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco (escriba N/A)

El formulario deberá ser llenado únicamente por los socios o accionistas que posean más del 25% del capital suscrito y pagado de la empresa.

Ciudad:	Fecha del formulario: (dd/mm/aaaa)	Tipo de persona:		Nuevo:
		Natural: <input type="checkbox"/>	Jurídica: <input type="checkbox"/>	Actualización:
1.- INFORMACIÓN DEL ACCIONISTA PERSONA JURÍDICA (en caso de que exista más de un socio o accionista que posea más del 25% del capital accionario; favor llenar el casillero número 2 para "Accionista Persona Jurídica")				
14.4.1 Razón Social:			14.4.2 RUC N°:	
14.4.7 Actividad económica:			Lugar y Fecha de Constitución:	____/____/____
14.4.5 País:	Ciudad	Dirección:		
Tipo de sociedad:	Otra:	14.4.6 Correo electrónico:	Teléfono:	
2.- INFORMACIÓN DEL ACCIONISTA PERSONA JURÍDICA (en caso de que exista más de dos socios o accionistas que posean más del 25% del capital accionario; favor llenar otro formulario "Conozca al Accionista del Cliente")				
14.4.1 Razón Social:			14.4.2 RUC N°:	
14.4.7 Actividad económica:			Lugar y Fecha de Constitución:	____/____/____
14.4.5 País:	Ciudad	Dirección:		
Tipo de sociedad:	Otra:	14.4.6 Correo electrónico:	Teléfono:	
1.- INFORMACIÓN DEL ACCIONISTA PERSONA NATURAL (en caso de que exista más de un socio o accionista que posea más del 25% del capital accionario; favor llenar el casillero número 2 para "Accionista Persona Natural")				
14.4.8 Nombres y apellidos completos:			14.4.8 N° de Cédula/Pasaporte/RUC:	
14.4.9 Lugar y fecha de nacimiento:			Nacionalidad:	Estado Civil:
14.4.10 Dirección de domicilio:	Teléfonos:	14.4.10 Correo electrónico:		
2.- INFORMACIÓN DEL ACCIONISTA PERSONA NATURAL (en caso de que exista más de dos socios o accionistas que posean más del 25% del capital accionario; favor llenar otro formulario "Conozca al Accionista del Cliente")				
14.4.8 Nombres y apellidos completos:			14.4.8 N° de Cédula/Pasaporte/RUC:	
14.4.9 Lugar y fecha de nacimiento:			Nacionalidad:	Estado Civil:
14.4.10 Dirección de domicilio:	Teléfonos:	14.4.10 Correo electrónico:		
3.- VINCULACIÓN Y PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE				
Usted es una "Persona Expuesta Políticamente":		Cargo que desempeña:		
Tiene algún familiar que sea una "Persona Expuesta Políticamente" (en caso de ser afirmativo, sírvase llenar el formulario PEP):				
Parentesco:		Cargo que desempeña:		
4.- DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS Y DE INFORMACIÓN (14.4.15)				
Declaro que el capital aportado a la compañía que represento es de origen lícito. Los fondos de esta Declaración Proviene de: _____				
5.- JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS (Art. 14)				
En caso de que el Representante Legal no cuente con alguno de los datos o documentación solicitada, y lo justifique razonablemente, se deberá consignar tal circunstancia en este espacio:				
6.- 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 UNIDOS 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 UNIDOS 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.				
7.- FIRMA				
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. 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		_____ LUGAR Y FECHA (dd/mm/aaaa)		
8.- USO EXCLUSIVO SEGUROS UNIDOS S.A. CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE CUMPLIMIENTO				
Certifico que he verificado personalmente la identidad del contratante con las listas de información nacional e internacional.				
Nombre del responsable de la Unidad de Cumplimiento: _____				Firma: _____
				Fecha: ____/____/____
REGISTRO CIVIL <input type="checkbox"/>	SRI <input type="checkbox"/>	RCS <input type="checkbox"/>	FUNCIÓN JUDICIAL <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/>