

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

Revisado: 03/08/2020

Cap. III: Normas para las Instituciones del Sistema de Seguro Privado sobre Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros.

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: ()	Jurídica: ()	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:
		Género (sexo): M () F ()

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:
		Género (sexo): M () F ()

3.- VINCULACIÓN Y PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

Usted es una "Persona Expuesta Políticamente": SI () NO ()	Cargo que desempeña:	Tiene algún familiar que sea una "Persona Expuesta Políticamente": SI () NO () (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 autorizó 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 la 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.- CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO RESPONSABLE QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN

_____	Firma: _____
Firma del Responsable:	Fecha: ____/____/____

14.4.19 Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario con listas de información oficial como: RCSA () FUNCIÓN JUDICIAL ()