

FORMULARIO "CONOZCA A SU PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS"

Revisado: 25/03/2020

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; coloque N/A de ser el caso.

Ciudad:	Fecha del formulario:	Tipo de persona:		Nuevo:
		Natural: _____ Jurídica: _____		Actualización:
Servicio del Proveedor:		Departamento / Sucursal contratante:		
1.- INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS				
14.4.1 Razón Social:	14.4.2 RUC N°:	14.4.7 Actividad económica:		
14.4.9 Lugar y fecha de constitución:	14.4.5 País:	14.4.5 Ciudad:	14.4.6 Teléfono:	
14.1.5 Calle principal:	N°:	Transversal:		
14.4.6 Correo electrónico:	Email para factura electrónica:			
Tipo de sociedad:	Otra:	Email para entregar la póliza:		
2.- INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO				
14.4.8 Nombres y apellidos completos:	Tipo de documento:	N° de Identificación:		
14.4.9 Lugar y fecha de nacimiento:	Nacionalidad:	14.4.10 Teléfono	Celular N°:	
14.4.10 Dirección de domicilio:	Email:	Estado Civil:		
3.- INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO				
14.4.17 Nombres y apellidos completos:				
14.4.8 Tipo de identificación:	14.4.8 Número de identificación:			
4.- DECLARACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (Representante Legal)				
Declaro que YO, o mi cónyuge o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI _____ NO _____ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en el último año, como por ejemplo: Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Policía o Militar de alto rango o cualquier dignidad elegida por voto popular, o que sin ocupar cargo público alguno tenga injerencia política a nivel nacional o internacional. Si la respuesta es SI, favor llenar el formulario PEP's otorgado por la compañía.				
Tiene algún familiar que labore en Seguros Unidos: SI _____ NO _____ Cargo que desempeña:				
5.- CONOCIMIENTO DE POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO Y OTROS DELITOS				
¿Su compañía está regida por leyes/normas legales para prevenir el lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?				SI _____ NO _____
¿Su compañía posee políticas y controles de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos				SI _____ NO _____
¿Posee manual de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?				SI _____ NO _____
¿Su personal recibe capacitación acerca de prevención de lavado de financiamiento del terrorismo y otros delitos?				SI _____ NO _____
Si su respuesta anterior fue positiva, escriba la fecha de la última capacitación recibida (dd/mm/aaaa)				
¿Ha sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de medidas de prevención de lavado de activos, Financiamiento del terrorismo y otros delitos?				SI _____ NO _____
Si su respuesta anterior fue positiva, ponga la fecha de la última sanción recibida (dd/mm/aaaa):				
Nombre del Oficial de Cumplimiento (si aplica):		Correo Electrónico:		
6.- PERFIL FINANCIERO Y NIVEL DE INGRESOS				
Total ingresos (mensuales):		Total egresos (mensuales):		
Otros ingresos:				
Total ingresos:		Total egresos:		
Activos:	Pasivos:	Patrimonio (Activos - Pasivos):		
7.- DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE FONDOS Y DE INFORMACIÓN (14.4.15)				
Los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio, tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de modo confiable y actualizado y corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con seguros Unidos S.A., no serán destinados a la financiación de actividades terroristas en general.				
8.- JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS (Art. 14)				
En caso de que el "Prestador de Servicios de Seguros" no cuente con alguno de los datos o documentación solicitada, y lo justifique razonablemente, se deberá consignar tal circunstancia en este espacio:				
9.- 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 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.				
10.- 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 Representante Legal

Nº de documento de Identificación:

Ciudad y Fecha (dd/mm/aaaa)

11.- DOCUMENTOS A ENTREGAR JUNTO CON EL FORMULARIO

1. Declaración sobre condición de Persona Políticamente Expuesta PEP, si aplica.
2. Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir. En caso de compañías extranjeras un documento donde se demuestre su existencia legal (14.4.3)
3. RUC, o su equivalente para empresas extranjeras.
4. Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación del Representante Legal de la compañía (14.4.8)
5. Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida por el cliente en el órgano de control competente, de ser aplicable (14.4.11)
6. Certificado de Cumplimiento de Obligaciones otorgado por el órgano competente, de ser aplicable (SCVS) (14.4.12; 14.5.1)
7. Documento de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa, o quienes la representen legalmente (14.4.16)
8. Copia de cédula de identidad o pasaporte o documento de identificación del cónyuge o conviviente del representante legal, si aplica (14.4.18)
9. Estados financieros, mínimo de un año atrás. En caso de que por disposición legal, tienen la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados (14.4.13; 14.5.2)
10. Copia del nombramiento del Representante Legal o Apoderado, actualizado.
11. Copia de uno de los recibos de servicio básico (agua, luz, teléfono) (14.4.14)
12. Permiso de funcionamiento otorgado por Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (permisos, autorizaciones, credenciales) (30.1)
13. Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable (14.5.3)
- 14.- Calificación de riesgo de la entidad realizada por empresas de reconocido prestigio de ser aplicable (30.2)

Adicionalmente para Prestadores de Servicios de Seguros extranjeros (Si Aplica)

1. Copia del pasaporte del Representante Legal
2. Documento de constitución o domiciliación, si la compañía tiene domicilio en el Ecuador
3. Documento equivalente al RUC
4. Nombramiento o poder del representante legal de la Compañía extranjera
5. Documento que certifique la existencia de la Compañía debidamente legalizado

12.- CERTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE CUMPLIMIENTO

Fecha:					_____ Firma del Responsable
Nombre del Responsable:					
Nº de identificación:					

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