

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

Firma

No. Documento

### 9. 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 |  |
|-----------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|

### 11. Justifique falta de información

Observación

### 12. 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 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   |                          |

### 13. 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.

*Si la respuesta es afirmativa, por favor llenar la siguiente información:*

Cargo de la persona expuesta políticamente:

Función de la persona expuesta políticamente:

Jerarquía de 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.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Para uso de Ejecutivo Comercial de Chubb Seguros Ecuador S.A. o Asesor Productor de Seguros**

Certifico/certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros documentos y fue registrada en mi presencia.

Sello y firma del sujeto obligado o su delegado \_\_\_\_\_

- 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.