

FORMULARIO DE VINCULACIÓN

“Conozca a su Prestador de Servicio de Seguros”

(REASEGUROS / ASESORES/ AGENCIAS)

Fecha DD MM AA

Inicio de Relación Comercial ☐ Continuidad relación comercial ☐ Producto o Servicio que provee: _____

Estimado proveedor, favor NO dejar espacios en blanco, en los casos que no aplique indíquese N/A
La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía

DATOS PERSONA NATURAL Apellidos:				Nombres:					
Tipo de identificación: ☐ C.C. ☐ Pasaporte ☐ Visa V12				No. de identificación:		Sexo: ☐ F ☐ M			
Extranjero ☐		Extranjero Resid. ☐		Tiempo de Residencia:		Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U/Libre ☐ Viudo			
Cargo:		Lugar y fecha de nacimiento:			Nacionalidad:				
Nivel de Instrucción: ☐ Secund. ☐ Tecnol. ☐ Superior ☐ Masterado ☐ Postgrado ☐ Otros ☐ Cursando ☐ Egresado ☐ Tít. Universitario									
Dirección domicilio:				No.:		Transversal:			
País:		Provincia:		Cantón:		Parroquia:		Sector:	
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:					
Dirección trabajo:				No.:		Transversal:			
País:		Provincia:		Cantón:		Parroquia:		Sector:	
Teléfono trabajo:		Celular:		Correo Electrónico:					
Nombre del Cónyuge o Conviviente:				Lugar y fecha de nacimiento:					
No. identificación:				Tipo de identificación: ☐ C.C. ☐ Pasaporte ☐ Visa V12		Sexo: ☐ F ☐ M			
DATOS PERSONA JURÍDICA Razón social:				RUC No.:					
Objeto Social:				Lugar y fecha de constitución:					
Detalle de Accionistas o Socios que tengan de manera directa o indirecta el 6% o más de participación (En caso de requerir más espacio, favor adjuntar el listado por separado)									
Nombres y Apellidos		Nacionalidad		No. de Cédula o RUC			% de Participación		
Actividad Económica:									
Dirección domicilio:				No.:		Transversal:			
País:		Provincia:		Cantón:		Parroquia:		Sector:	
Teléfonos:		Fax:		Celular:		Correo Electrónico:			
Apellidos y Nombres del Representante Legal:									
Tipo de identificación: ☐ C.C. ☐ Pasaporte ☐ Visa V12				No. de identificación:		Sexo: ☐ F ☐ M			
Extranjero ☐		Extranjero Resid. ☐		Tiempo de Residencia:		Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U/Libre ☐ Viudo			
Cargo:		Lugar y fecha de nacimiento:			Nacionalidad:				
Dirección domicilio:				No.:		Transversal:			
País:		Provincia:		Cantón:		Parroquia:		Sector:	
Teléfono Domicilio:		Celular:		Correo Electrónico:					
Nombre del Cónyuge o Conviviente:				Lugar y fecha de nacimiento:					
No. de identificación:				Tipo de identificación: ☐ C.C. ☐ Pasaporte ☐ Visa V12		Sexo: ☐ F ☐ M			
INFORMACIÓN FINANCIERA Ventas Anuales Netas:				Total Gastos Anuales:					
TOTAL ACTIVOS:		TOTAL PASIVOS:			TOTAL PATRIMONIO (ACTIVOS - PASIVOS):				
REFERENCIAS									
COMERCIALES				BANCARIAS					
Entidad		Monto		Teléfono		Institución Financiera		Tipo	
CONTROL DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS									
En sus procesos ha implementado controles para detectar transacciones inusuales que podrían tener relación con operaciones de activos y / o financiamiento de delitos? ☐ SI ☐ NO									
Ha sido objeto de investigaciones o sanción por falta de aplicación de medidas de Prevención de Lavado de Activos? ☐ SI ☐ NO									
Se considera una Persona Políticamente Expuesta? ☐ SI ☐ NO									
JB-2012-2147 Persona Políticamente Expuesta es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad o que sea colaborador cercano de una persona políticamente expuesta, en caso Afirmativo, favor llenar FORM. PEP									
En caso de ser Cliente PEP									
_____ Oficial de Cumplimiento				_____ Gerente General					

DECLARACIÓN

Declaro que los datos e información suministrados en el presente documento corresponden a la realidad. Así mismo, autorizo a PAN AMERICAN LIFE de Ecuador Compañía de Seguros S.A., en forma expresa e irrevocable a verificar mis referencias y obtener información comercial, bancaria y financiera con quienes considere conveniente e informe las autoridades competentes si fuere el caso. Adicionalmente declaro que los fondos utilizados en mis operaciones con PAN AMERICAN LIFE de Ecuador Compañía de Seguros S.A., provienen de mis actividades industriales y comerciales, y no son producto ni serán destinadas a actividades ilícitas o financiamiento de delitos.

Firma y Sello

No. Credencial

RUC:

Nombre:

Lugar y Fecha

Cargo:

C.I.:

ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

A. PERSONA NATURAL

- Fotocopia a color del documento de identificación y de la papeleta de votación (actualizados) y del cónyuge o conviviente. Si aplica.
- Fotocopia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.
- Fotocopia del RUC (Registro Único de Contribuyentes) vigente.
- Declaración del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior.
- Copia de credencial actualizada otorgada por la SCVS.
- Copia de autorización actualizada para operar en las ramas de Vida y Asistencia Médica otorgada por la SCVS
- Certificado de cumplimiento de obligaciones actualizado otorgado por la SCVS.

B. PERSONA JURÍDICA

- Fotocopia de la escritura de constitución y reformas de estatutos de existir.
- Fotocopia del RUC *Registro Único de Contribuyentes) vigente
- Certificado de cumplimiento de obligaciones actualizado otorgado por la SCVS actualizado.
- Nómina de accionistas emitida por el organismo de control competente.
- Fotocopia del nombramiento vigente del Representante Legal y / o Apoderado.
- Fotocopia del documento de identificación y de la papeleta de votación (actualizados) del Representante Legal y del Cónyuge o conviviente. Si aplica.
- Declaración del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior.
- Estados financieros auditados, mínimo un año atrás. Si aplica.
- Certificado de estar al día en las obligaciones del IESS.
- Fotocopia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos vigente.
- Copia credencial actualizada otorgada por la SCVS.
- Copia de autorización actualizada para operar en las ramas de Vida y Asistencia Médica otorgada por la SCVS .

USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

Se ha revisado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca a su Prestador de Servicios de Seguros" ☐ SI ☐ NO

Revisión en listas ☐ SI ☐ NO

Nombre del Funcionario que realizó el proceso

Firma

Lugar y Fecha