



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (Corredores, Peritos de Seguros) Persona Natural.

Vigente desde abril 2015

La información aquí descrita será considerada como confidencial y es solicitada para cumplimiento de la Resolución N° JB-2014-3089 emitida por la Superintendencia de Bancos de carácter obligatorio. No deben existir campos en blanco, de no poseer cierta información, escribir N/A.

INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL			
Corredor <input type="checkbox"/>		Perito de Seguros <input type="checkbox"/>	
DATOS BÁSICOS			
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Nombre(s):		Ocupación:	
Ciudad y Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____		Nacionalidad:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/>		PAS. <input type="checkbox"/>	RUC <input type="checkbox"/>
		OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación
INFORMACIÓN PARA EXTRANJEROS			
Para pasaporte llenar lo siguiente: F. Expedición Pasaporte: _____/_____/_____		F. Caducidad Pasaporte: _____/_____/_____	
Estado Migratorio o Código de Visa (Según pasaporte):		Fecha de Ingreso al país (Pasaporte): _____/_____/_____	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
		Viudo <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>
		Separación de Bienes: Sí <input type="checkbox"/>	
		NO <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL CÓNYUGE			
Apellidos y Nombres:			
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/>		PAS. <input type="checkbox"/>	RUC <input type="checkbox"/>
		OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			
País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Sector:	Referencia:	Telf. Domicilio:	Celular:
Dirección (Calle principal, N°, Transversal):			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA			
País:	Provincia:	Cantón:	Ciudad:
Sector:	Referencia:	Teléfonos Oficina:	
Dirección (Calle principal, N°, Transversal):			
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA / NEGOCIO			
Tipo de Act. Económica: Empleado Privado <input type="checkbox"/>			
Empleado Público <input type="checkbox"/>			
Negocio Propio <input type="checkbox"/>			
Jubilado <input type="checkbox"/>			
Estudiante <input type="checkbox"/>			
Ama de Casa <input type="checkbox"/>			
Nombre de la Empresa:		Actividad de la Empresa:	Cargo:
SITUACIÓN FINANCIERA			
Total de Ingresos Mensuales: USD		¿Posee ingresos diferentes de la actividad principal? Sí <input type="checkbox"/>	
		NO <input type="checkbox"/>	
Si su respuesta es Sí llene la siguiente información			
Ingresos Diferentes de la actividad principal: USD		Fuente de Otros Ingresos:	
Total de Egresos Mensuales: USD			
Total Activos:		Total Pasivos:	
REFERENCIAS PERSONALES			
1) Nombres y Apellidos:			
Parentesco:		Teléfono(s):	
2) Nombres y Apellidos:			
Parentesco:		Teléfono(s):	
REFERENCIAS BANCARIAS			
1) Institución Financiera:			
Tipo:		Número:	
2) Institución Financiera:			
Tipo:		Número:	

INFORMACIÓN SOBRE CONTROLES DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO Y OTROS DELITOS

CUESTIONARIO

SÍ

NO

¿Recibe capacitación en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos? De ser afirmativa su respuesta indique por favor la frecuencia _____

¿Aplica procedimientos de debida diligencia a sus clientes, prestadores de servicios u otros relacionados?

¿Ha sido investigado, procesado o multado por el incumplimiento de normas de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos?
Si su respuesta es afirmativa, por favor detalle la fecha de la última ____ / ____ / ____ -

DETERMINACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

SÍ

NO

Usted, su cónyuge, pariente o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y de afinidad (ejemplo: abuelos, padres, hijos, hermanos, tíos, primos, suegros, cuñados) desempeñan o han desempeñado funciones públicas a partir del grado 4 determinado en la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior" del Ministerio de Relaciones Laborales en el último año, como por ejemplo: Presidente, Vicepresidente, Ministro, Secretario Nacional, Viceministro, Subsecretario, Director General, Director Nacional o autoridades de control; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO

1. Declaro (amos) y asumo (imos) que toda la información contenida en esta solicitud es correcta y de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de estos datos.
2. Conocedor (es) de las penas de perjurio, declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Seguros Oriente S.A., por la (s) prima (s) por la (s) póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.
3. Conocedor (es) de las disposiciones del Artículo 3 de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Seguros Oriente S.A., a realizar los análisis, verificaciones y consultas que considere necesarias; así como proveer a las entidades autorizadas información sobre cualquier obligación derivada de la emisión de las pólizas solicitadas a la Aseguradora, así como a sus funcionarios y autoridades. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Seguros Oriente S.A., sus funcionarios y autoridades.

_____/_____/_____
Ciudad y Fecha día mes año

Firma del Asesor Productor de Seguros

CHECK LIST DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación.
- Copia de papeleta de votación o certificado de empadronamiento.
- Copia de cédula de identidad, pasaporte o documento de identificación del cónyuge o conviviente.
- Copia de papeleta de votación o certificado de empadronamiento del cónyuge o conviviente.
- Copia de uno de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.
- Confirmación de pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI.