

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA JURÍDICA (ANEXO 001E)
(suma asegurada superior a 200.000)**



FECHA: _____
OFICINA: _____

No. FORMULARIO: _____

1. DATOS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL		NUMERO DE RUC		NACIONALIDAD DE LA EMPRESA	
OBJETO SOCIAL (Según escrituras de constitución)				PAIS DE RESIDENCIA DE LA EMPRESA	
DIRECCION PRINCIPAL(calle principal, número, calle secundaria)		CIUDAD	TELEFONOS	FAX	PAG. WEB
DIRECCION SUCURSAL O AGENCIAS		CIUDAD	TELEFONOS	FAX	FECHA CONSTITUCION EMPRESA
TIPO DE EMPRESA <input type="radio"/> PÚBLICA <input type="radio"/> MIXTA <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/> OTRA CUAL		ACTIVIDAD ECONOMICA <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> CONSTRUCCION <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> SERV. PROF. <input type="checkbox"/> OTRA CUAL_____			
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
<input type="checkbox"/> CEDULA	TIPO DE VISA	NUMERO:	GÉNERO M____ F____	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD
<input type="checkbox"/> PASAPORTE					CORREO ELECTRONICO
FECHA EXPEDICION PASAPORTE		FECHA DE INGRESO AL PAIS			
FECHA CADUCIDAD PASAPORTE		ESTADO MIGRATORIO (De ser aplicable, subráyelo):			
RENTISTA; INVERSIONISTA DE BIENES RAICES O PAPELES FIDUCIARIOS; INVERSIONISTA INDUSTRIAL; REPRESENTANTE, APODERADO, RELIGIOSO O CORRESPONSAL; PROFESIONAL; AMPARO FAMILIAR;DIPLOMÁTICA; OFICIAL; CORTESIA (COOPERAC. TÉCNICA; ASILO O REFUGIO; ESTUDIANTE; TRABAJO; MISIONEROS, RELIGIOSO, VOLUNTARIO; INTERCAMBIO CULTURAL; TURISMO,ACTIVIDAD COMERCIAL,DEPORTES, SALUD, OTROS; TRANSEÚNTE.					

CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
<input type="checkbox"/> CEDULA	TIPO DE VISA	NUMERO:	LUGAR DE TRABAJO:	TLF. OFICINA	CORREO ELECTRONICO
<input type="checkbox"/> PASAPORTE					
FECHA EXPEDICION PASAPORTE		FECHA DE INGRESO AL PAIS			
FECHA CADUCIDAD PASAPORTE		ESTADO MIGRATORIO (De ser aplicable, subráyelo):			
RENTISTA; INVERSIONISTA DE BIENES RAICES O PAPELES FIDUCIARIOS; INVERSIONISTA INDUSTRIAL; REPRESENTANTE, APODERADO, RELIGIOSO O CORRESPONSAL; PROFESIONAL; AMPARO FAMILIAR;DIPLOMÁTICA; OFICIAL; CORTESIA (COOPERAC. TÉCNICA; ASILO O REFUGIO; ESTUDIANTE; TRABAJO; MISIONEROS, RELIGIOSO, VOLUNTARIO; INTERCAMBIO CULTURAL; TURISMO,ACTIVIDAD COMERCIAL,DEPORTES, SALUD, OTROS; TRANSEUNTE.					

CLASE DE VINCULACION

CONTRATANTE ASEGURADO BENEFICIARIO AFIANZADO OTRA CUAL: _____

INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE:

(NO APLICA SI EL CONTRATANTE ES EL MISMO QUE EL ASEGURADO, O EL BENEFICIARIO ES EL MISMO QUE EL ASEGURADO)

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	OTRA (CUAL)
CONTRATANTE - ASEGURADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
CONTRATANTE - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____
 CEDULA _____
 PASAPORTE No. de documento de identificación: _____ Dirección Domiciliaria: _____

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL 6% O MAS DEL CAPITAL SUSCRITO DE LA INSTITUCION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO, ELABORAR UN ARCHIVO ADJUNTO)

RAZON SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____
_____	<input type="radio"/> CEDULA <input type="radio"/> PASAPORTE	_____

2. INDIQUE, DE SER EL CASO, LA RELACION EXISTENTE CON PERSONAS CONOCIDAS PUBLICAMENTE EN CUALQUIER ÁMBITO

NOMBRE DE LA PERSONA PUBLICA	Ocupacion de PERSONA PUBLICA	PERSONA PUBLICA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES US\$ _____ EGRESOS MENSUALES US\$ _____ PATRIMONIO US\$ _____

FUENTE DE INGRESOS _____

4. INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

COMPañÍA	FECHA	RAMO	VALOR
			\$
			\$
			\$

5. DECLARACION SOBRE ORIGEN Y DESTINO LÍCITO DE RECURSOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales, los recursos que poseo provienen de actividades que no se encuentran dentro de las contempladas en el Código Penal Ecuatoriano como ilícitas.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla anualmente.
De manera irrevocable autorizo a Alianza Cía. De Seguros y Reaseguros S.A. y a los intermediarios de seguros, con los que mantengo una relación comercial vigente, a verificar por los medios que estime pertinente, los datos aquí proporcionados. Autorizo asimismo, entregar la información cuando se la requiera formalmente, a autoridades competentes, organismos de control y otras instituciones o personas jurídicas legalmente facultadas.
- Los recursos que se derivan de este contrato no serán destinados a la financiación de actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Nómina de accionistas o socios, otorgada por el órgano de control o registro competente.
Estados Financieros auditados, mínimo un año atrás, de ser aplicable.
Pago de impuesto a la renta del último año
RUC
Fotocopia de las facturas de cualquiera de los servicios básicos.
Fotocopia del documento de identificación y de la papeleta de votación (actualizados) del Representante Legal.
Fotocopia del pasaporte y/o visa (de ser aplicables) con la fecha de ingreso al país
Fotocopia del documento de identificación y de la papeleta de votación (actualizados) de la cónyuge o conviviente del Representante Legal.
Fotocopia de los documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa, de ser aplicable.
Fotocopia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir éstas.
Fotocopia de los documentos de identificación de otras personas autorizadas a representar a la empresa.
Fotocopia de nombramiento de representante legal o apoderado.
Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente.
Estatutos sociales vigentes y últimas reformas.
Inventario general de los bienes, objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

7. RAZONES PARA SUMINISTRO DE INFORMACION DEL PRESENTE FORMULARIO

Tengo conocimiento de que la información exigida es obligatoria y debo proporcionarla al inicio de la relación comercial, y de ser aplicable, en la atención de siniestros.
El negarse a proporcionar la información exigida ocasionaría que la operación sea calificada como inusual y sea reportada a los organismos de control

8. FIRMA Y SELLO

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FECHA

FIRMA



SELLO

INFORMACION DE VERIFICACION DE LA COMPañÍA

9. DATOS DEL CORREDOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	NUMERO DE CREDENCIAL
CARGO DEL EJECUTIVO ENCARGADO	NOMBRE DEL EJECUTIVO ENCARGADO

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente", de la normativa JB-2012-2147 Art. 14; emitida por la Superintendencia de Bancos y Seguros y que es requerida por la Compañía de Seguros, la misma que ha sido confirmada y verificada correctamente.

FIRMA

FECHA:

10. INFORMACION ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA	FECHA	HORA
RESULTADO <input type="radio"/> ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO	OBSERVACIONES	
NOMBRE INTERMEDIARIO O FUNCIONARIO RESPONSABLE	FIRMA INTERMEDIARIO O FUNCIONARIO	

11. VERIFICACION DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACION	HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
OBSERVACIONES			
FIRMA			

NOTA: EL PRESENTE FORMULARIO ES DE LLENADO OBLIGATORIO EN TODOS SUS CAMPOS. SE ACOMPAÑARÁ AL MISMO TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.