

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Razón Social: COMPUPC5 RUC: 0504038977001 FECHA: 17-03-2021
Actividad económica: S02 ESTUDIANTE Fecha de Constitución: 2021-03-18
Dirección/ Calle Principal: PRUEBA3
Transversal: PRUEBA3 No: 3ED
País: ECUADOR Provincia: CHIMBORAZO Cantón: GUAMOTE Parroquia: N/A Sector:
Teléfono: 984327536 Celular: 0984327536 Email: jennifer.gualpa94@gmail.com

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres Completos: JENNIFER NATALY Apellidos Completos: GUALPA MENDOZA
Cédula Identidad: ☒ Pasaporte: ☐ Ruc: ☐ Nro: 0504038977 Nacionalidad: ECUADOR
Lugar y fecha de nacimiento: ARENILLAS 1994-11-24
Estado civil: Casado/a: ☒ Soltero/a: ☐ Unión de Hecho: ☐ Divorciado/a: ☐ Viudo/a: ☐
Dirección/ Calle Principal: HHHJJHHJ
País: ECUADOR Provincia: CARCHI Cantón: TULCAN Parroquia: HHHHH Sector: VENECIA
Teléfono: 098432753 Celular: 0984327536 Email: igualpa@magnusmas.com

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres y apellidos: 89998 TTGHGGGH
Cédula de Identidad: ☒ Pasaporte: ☐ No: 0504038977 Nacionalidad: N/A

SITUACIÓN FINANCIERA

Ingresos brutos anuales declarados en el año anterior: 3434.00

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL CONTRATANTE, BENEFICIARIO Y PAGADOR

¿Es usted el beneficiario de la póliza? Si ☐ No ☒ Si respondió NO, indique a continuación los datos del

beneficiario y su relación:

Nombres Completos o razón social: fghjkl
Cédula Identidad: ☒ Pasaporte: ☐ Ruc: ☐ Nro: 0504038977 Nacionalidad: N/A
Dirección de domicilio: dfdf Teléfono: 0984327536
Relación: dfdf

¿Es usted el pagador de la póliza? Si ☒ No ☐ Si respondió NO, indique a continuación los datos personales del pagador de la póliza y su relación:

Nombres Completos o razón social:
Cédula Identidad: ☐ Pasaporte: ☐ Ruc: ☐ Nro: Nacionalidad:
Dirección de domicilio: Teléfono:
Relación:

Quando en la póliza de seguro de vida o de accidentes personales con la cobertura de muerte, los asegurados hubiesen designado como beneficiarios a sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, o a su cónyuge o conviviente en unión de hecho, no se requerirá la información de tales beneficiarios. Si fuesen otras personas las designadas como beneficiarios, la documentación referente a estos deberá ser presentada, obligatoriamente, mediante formulario de vinculación de clientes.

DECLARACIÓN

El asegurado declara expresamente que el seguro aquí convenido ampara bienes de procedencia lícita, no ligados con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad tipificada en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. Igualmente, la prima a pagar por este concepto tiene origen lícito y ninguna relación con las actividades mencionadas anteriormente. Eximo a Seguros Sucre S.A. de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

En caso de que se inicien investigaciones sobre mi persona, relacionadas con las actividades antes señaladas o de producirse transacciones inusuales o injustificadas, Seguros Sucre S.A., podrá proporcionar a las autoridades competentes toda la información que tenga sobre las mismas o que le sea requerida. En tal sentido renuncio a presentar en contra de Seguros Sucre S.A., sus funcionarios o empleados, cualquier reclamo o acción legal, judicial, extrajudicial, administrativa, civil penal o arbitral en la eventualidad de producirse tales hechos.

Declaración sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente PEP (Persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas en el país o en el exterior). Informo que he leído la Lista Mínima de Cargos Públicos a ser considerados "Personas Expuestas Políticamente" y declaro bajo juramento que SI X NO me encuentro ejerciendo uno de los cargos incluidos en la lista o lo ejercí hace un año atrás. En el caso de que la respuesta sea positiva, indicar: Cargo/Función/Jerarquía: FUNCION

Nota: La presente declaración no constituye una autoincriminación de ninguna clase, ni conlleva ninguna responsabilidad administrativa, civil o penal.

AUTORIZACIÓN

Siendo conocedor de las disposiciones legales, autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Sucre 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 e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; además autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros Sucre S.A. toda la información que ésta les requiera y revisar los buró de crédito sobre mi información de riesgos crediticios.

Firmado Electronicamente
Firma del Representante Legal
C.I: 0504038977

Comunico que mi Corredor o Bróker es DIRECTO para el manejo y administración de las pólizas adquiridas en Seguros Sucre S.A., emitidas a nombre de mí representada.

Firmado Electronicamente
Firma del Representante Legal
C.I: 0504038977

Nombres Completos o razón social: DIRECTO Nombres Completos y cargo del ejecutivo encargado: _____
JENNIFER GUALPA - SUCURSAL REGIONAL QUITO Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación que estipula la política "Conozca a su Cliente" requerida por la compañía de seguros, la
 misma que ha sido confirmada y verificada correctamente.

Firma del Corredor o Bróker
C.I:

Datos de la Relación Comercial Nueva ☒ Renovación ☐ Ramo: **AGROPECUARIO** Suma Asegurada: **890.00** Canal de Vinculación: **DIRECTO**

Nombre y firma del Ejecutivo que verifica la documentación e información:

Nombres Completos: DIEGO ERAZO Confirmo que he revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y declaro que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente" y he analizado la información respecto a la actividad económica e ingresos, los cuales concuerdan con los productos solicitados.

Firma del Responsable Comercial
C.I:

Fecha: _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA JURÍDICA

- Copia del registro único de contribuyentes (RUC) o número análogo.
- Copia del documento de identificación del representante legal o apoderado.
- Copia del documento de identificación del cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado, si aplica.
- Copia de una planilla de servicios básicos.
- Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir.
- Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado.
- 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 o registro competente que lo regule.
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente.
- Estados financieros, mínimo de un año atrás. (Si la suma asegurada supera los USD 200.000,00 se deberá presentar los estados financieros auditados).

Con contratos cuya suma asegurada sea mayor a USD. 200,000,00

- Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas (SRI) a través de la página web, de ser aplicable.