



ORIENTE
SEGUROS

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (Reaseguradores, Intermediarios de Reaseguros, Corredores, Peritos de Seguros) Persona Jurídica

Vigente desde marzo 2017

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

Reaseguradora Intermediario de Reaseguros Corredor Perito de Seguros

Para Reaseguradores e Intermediarios de Seguros, detallar:

Vinculación: Nuevo Renovación Capacidad del Contrato: USD.

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón Social Completa:

Tipo de Identificación: RUC OTRO Nro. Identificación: **Tipo de Sociedad:** CIA. Limitada Sociedad Anónima
Pública Extranjera

País y Fecha Constitución: / / Otras(especifique):

Actividad Económica:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

País: Provincia: Cantón:

Ciudad: Sector:

Referencia: Teléfonos: /

Dirección (Calle principal, N°, Transversal):

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Con conocimiento de las disposiciones del SRI, bajo mi responsabilidad, declaro la dirección de correo electrónico a través de la cual se me notificará sobre la facturación:

Correo Institucional para Facturación:

Correo 2:

INFORMACIÓN PARA PAGOS

Banco:

Tipo de cuenta: Corriente Ahorros Nro. De Cuenta:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Primer Apellido: Segundo Apellido:

Nombre(s): Ciudad y Fecha de Nacimiento: / /

Nacionalidad: Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre
Separación de Bienes: SI NO

Tipo de Identificación: C.C. PAS. RUC OTRO Nro. Identificación:

Domicilio: País: Provincia: Ciudad:

Dirección (Calle principal, N°, Transversal):

Telf. Domicilio: Celular: Correo Electrónico:

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Apellidos y Nombres:

Tipo de Identificación: C.C. PAS. RUC OTRO Nro. Identificación:

PERFIL FINANCIERO / INGRESOS MENSUALES

Total de Ingresos Mensuales: USD Principal Producto:

En caso de que su empresa esté recientemente constituida y no posea balances auditados o presentados a la Superintendencia de Compañías o al Servicio Nacional de Rentas Internas, favor llenar la siguiente información:

Total Activos: Total Pasivos: Patrimonio:

ACCIONISTAS (Que posean el 25% o más del capital suscrito)

1) Nombres y Apellidos:		Nacionalidad:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación:	% de acciones:	
2) Nombres y Apellidos:		Nacionalidad:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación:	% de acciones:	
3) Nombres y Apellidos:		Nacionalidad:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación:	% de acciones:	
4) Nombres y Apellidos:		Nacionalidad:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	Nro. Identificación:	% de acciones:	

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

CUESTIONARIO

SÍ NO

LEYES Y NORMATIVAS

¿Su empresa se encuentra sujeta a normativas relacionadas con prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos? De ser afirmativa la respuesta por favor detalle la Ley, normativa, reglamento o resolución:

En función de las leyes y normativas aplicables a su compañía, ¿cuenta con un programa de prevención regulatorio, conocido por la Alta Gerencia y aprobado por el Directorio?

¿Se ha designado un Oficial de Cumplimiento para el desarrollo e implementación del programa de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?

¿La compañía cuenta con políticas que prohíban mantener relaciones con entidades constituidas como shell banks?

POLÍTICAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO Y OTROS DELITOS

¿La compañía mantiene políticas y procedimientos, relacionados con prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, debidamente documentados en un Manual de Control Interno y aprobado por el Directorio? De ser afirmativa su respuesta por favor detalle la fecha de su última actualización día / mes / año

¿La compañía ha establecido procedimientos de monitoreo y detección de transacciones inusuales e injustificadas, en su relación con clientes?

¿La compañía ha definido factores y sub factores de riesgo para el monitoreo de sus clientes y, en base de la probabilidad e impacto determinados, identificar transacciones inusuales?

¿La compañía cuenta con acceso a listas de información de impedidos, nacionales e internacionales, contra las cuales se realicen verificaciones de clientes nuevos y antiguos? De ser afirmativo, detalle las principales:

¿La compañía aplica procesos de debida diligencia para clientes, empleados, corresponsales, asesores productores de seguros u otros relacionados?

¿La compañía ha diseñado procedimientos para registrar y mantener actualizada la información y documentación de los clientes, en los términos previstos por las normativas vigentes?

¿La compañía mantiene programas de capacitación para el personal en temas de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos? De ser afirmativa su respuesta, por favor detalle la frecuencia con la que se realizan

CONTROL INTERNO Y EXTERNO

¿La compañía está sujeta a auditoría externa y control por parte de una entidad supervisora del gobierno, en cuanto a las políticas contra el lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos?

Además de las inspecciones realizadas por el supervisor/regulador del gobierno, ¿la compañía realiza alguna función de auditoría interna u otro tercero independiente que evalúe las políticas de prevención y las prácticas con una frecuencia regular?

¿Su compañía ha sido investigada, procesada o multada 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 día / mes / año

DETERMINACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

SI

NO

Usted, su cónyuge, pariente o colaboradores cercanos hasta el segundo grado de consanguinidad y primero 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) que los datos consignados en el presente formulario son verídicos y autorizo (amos), en forma expresa, a Oriente Seguros S.A. para que realice las verificaciones y confirmaciones necesarias desde cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito.

2. Conocedor (es) de las penas de perjurio, declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Oriente Seguros S.A., por la (s) prima (s) producto de 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 Oriente Seguros S.A. a realizar los análisis, verificaciones y consultas que considere necesarias. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Oriente Seguros S.A., sus funcionarios, empleados y autoridades.

Ciudad y Fecha

_____/_____/_____
día mes año

Firma del Rep. Legal - Prestador de Servicios de Seguros

CHECK LIST DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Estados financieros auditados mínimo un año atrás.
- Documento de identificación del Representante Legal o apoderado.
- Copia del nombramiento del Representante Legal o apoderado.
- Registro único de contribuyentes - RUC.
- Documento de identificación de otras personas que sean firmas autorizadas de la empresa.
- Copia de la escritura de constitución de su última reforma en caso de existir alguna.
- Copia de uno de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.
- Nómina de accionistas o socios otorgada por órgano de control o registro competente.
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente.
- Confirmación del pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI.
- Permiso de funcionamiento otorgado por la Superintendencia de Bancos.
- Calificación de riesgo de la entidad realizada por empresas de reconocido prestigio, de ser aplicable, así como sobre el conocimiento de los controles implementados para detectar operaciones de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos y si ha sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de estas medidas.