



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

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	
Corredor <input type="checkbox"/>	Perito de Seguros <input type="checkbox"/>
DATOS BÁSICOS	
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Nombre(s):	Ocupación:
Ciudad y Fecha de Nacimiento: _____ día / _____ mes / _____ año	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: _____ día / _____ mes / _____ año	F. Caducidad Pasaporte: _____ día / _____ mes / _____ año
Estado Migratorio o Código de Visa (Según pasaporte):	Fecha de Ingreso al país (Pasaporte): _____ día / _____ mes / _____ año
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	
Pais:	Provincia: Cantón:
Ciudad:	Sector:
Referencia:	Telf. Oficina: Celular:
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 Personal:	Otro:
INFORMACIÓN PARA PAGOS	
Banco:	
Tipo de cuenta: Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Nro. De Cuenta:
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA	
Pais:	Provincia: Cantón:
Ciudad:	Sector:
Referencia:	Teléfonos: /
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

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 ____/____/____
día mes año

DETERMINACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

SÍ 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 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.