



ORIENTE
SEGUROS

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

Vigente desde junio 2023

La información aquí descrita será considerada como confidencial y es solicitada para cumplimiento de la Resolución No. JPRF-S-2022-025 emitida por la Junta de Política y Regulación Financiera. 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. 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		
País:	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:	

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

Usted, desempeña o ha desempeñado en el último año funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero, o en alguna organización internacional (desde el 5 al 10 grado de la "Escala de remuneración mensual unificada del nivel jerárquico superior") del Ministerio de Trabajo, como por ejemplo: Presidente, Vicepresidente de la República, Ministro, Viceministro, Asambleísta (principales y alternos) Superintendentes, Intendentes nacionales, regionales, Secretarios de gobierno, Asesores, Directores Nacionales, Regionales o Provinciales, Coordinadores, Gerentes y subgerentes de empresas o banca pública; Alcaldes, Vicealcaldes, Prefectos, Viceprefectos, Diplomáticos, embajadores, cónsules, etc.

NO

SI

Institución: _____

Cargo: _____

Usted es familiar de un PEP: Cónyuge o persona unida bajo el régimen de unión de hecho, familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos), yernos, nueras; y, primero de afinidad (suegros, cuñados)

NO

SI

Parentesco: _____

Nombres y Apellidos del PEP: _____

Cargo del PEP: _____

Usted trabaja o es colaborador cercano (asesor, asistente o cualquier otra labor de confianza), que realice transacciones u operaciones financieras o ejecuten un acto en nombre del PEP de forma directa.

NO

SI

Nombres y Apellidos del PEP: _____

Cargo del PEP: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Oriente Seguros S.A. en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de datos Personales, tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus prestadores de servicios de seguros, la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos protección de estos. En este sentido, el prestador de servicios de seguros autoriza a la compañía, para tratar sus datos personales, con la finalidad de que sus datos sean para brindar el servicio del o los seguros contratados, garantizando el cumplimiento de la norma vigente y la protección de sus datos personales".

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 4 de la Ley Orgánica 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.
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por la SCVS.