

	FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA	 ORIENTE SEGUROS
Vigente desde junio 2023	CLIENTE ☐ GARANTE ☐	Formulario No: - 202 RUC - Año
La información aquí descrita será considerada como confidencial y es solicitada de acuerdo a lo que establece la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y su Reglamento; además de la Normativa emitida por la Junta de Política y Regulación Financiera, Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. FAVOR SÍRVASE LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA (No deben existir campos en blanco, de no poseer cierta información, escribir N/A)		
INFORMACIÓN DE LA EMPRESA		
Razón Social Completa:		
Tipo de Identificación: RUC ☐ OTRO ☐ Nro. Identificación:		
País y Fecha Constitución: día - mes - año		
Tipo de Sociedad: CIA. Limitada ☐ Sociedad Anónima ☐ Pública ☐ Extranjera ☐ Fideicomiso/Adm. de Fondos ☐ Sociedad Civil o de Hecho ☐		
Fundación/ONG'S/Asociación ☐ Banco/Financieras/Cooperativas ☐ Otras(especifique):		
Actividad Económica:		
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		
País: Provincia: Cantón:		
Ciudad: Parroquia: Sector:		
Referencia: Teléfono(s):		
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 por la emisión de pólizas a mi favor:		
Correo para Facturación: Celular Mensajes Facturación:		
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO		
Primer Apellido: Segundo Apellido:		
Nombre(s): Nacionalidad:		
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Separación de Bienes: SI ☐ NO ☐		
Ciudad y Fecha de Nacimiento: día - mes - año		
Tipo de Identificación: C.C. ☐ PAS. ☐ RUC ☐ OTRO ☐ Nro. Identificación:		
Domicilio:		
País: Provincia:		
Ciudad: Parroquia:		
Dirección (Calle Principal, N°, Transversal):		
Teléfono 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:		
Nacionalidad:		
Correo Personal: Teléfono(s):		
Si la Dirección de su cónyuge es diferente, por favor llenar el este campo		

PERFIL FINANCIERO / INGRESOS MENSUALES

Total de Ingresos Mensuales: USD Principal Producto:

Total de Gastos Mensuales: USD

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

Total Activos: Total Pasivos: Patrimonio:

ACCIONISTAS (Que posean el 10% o más del capital suscrito)

No.	Identificación	Nombres Completos	Nacionalidad	Tipo de Inversión	Capital	Participación %
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

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: _____
-----------------------------	-----------------------------	--



VÍNCULOS ASEGURADO, SOLICITANTE, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO

Asegurado ☐Afianzado ☐Solicitante o Contratante ☐Beneficiario ☐

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 clientes, 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 cliente 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 obtenga, de cualquier fuente de información, incluidos los Buros de Crédito, mi (nuestra) información de riesgos crediticios. De igual forma autorizo (amos) a referir y/o publicar información de mi (nuestro) comportamiento crediticio en los Burós de Crédito legalmente autorizados por la Superintendencia de Bancos.

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.

4. Declaro (amos) conocer toda la información y documentación, aquí solicitada y libero de toda responsabilidad a Oriente Seguros S.A, por la información y/o documentación no entregada. Además, debo (debemos) comunicar y documentar oportunamente cualquier cambio de información y/o documentación que se hubiere suscitado durante la vigencia de la relación comercial con Oriente Seguros S.A.

Si su vinculación es como garante, por favor detallar el nombre de la persona o empresa a garantizar:

Ciudad y Fecha

 día - mes - año

Firma del Representante Legal o Apoderado

PARA USO DE LA ASEGURADORA

Nombre del Corredor:

Suma Asegurada Total: USD.

Ramos:

Vehículos ☐Generales ☐Fianzas ☐

Estado:

Nuevo ☐Renovación ☐

CHECK LIST DOCUMENTOS REQUERIDOS

- ☐ Documento de identificación del Representante Legal o apoderado.
- ☐ RUC (*)
- ☐ Nombramiento del Representante Legal o apoderado (*).
- ☐ Estados financieros mínimo un año atrás (*).
- ☐ Nómina actualizada de socios y/o accionistas (*).
- ☐ Copia de la escritura de constitución (*).

(*) Aplica de forma adicional para empresas que no están regidas por la SCVS y Extranjeras.