FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS

(Reaseguradores, Intermediarios de Reaseguros, Corredores, Peritos de Seguros)

Persona Jurídica

ORIENTE SEGUROS

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

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:

País y Fecha Constitución: ____/____/____ (día mes año)

Tipo de Sociedad: CIA. Limitada ☐ Sociedad Anónima ☐ Pública ☐ Extranjera ☐

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: ____/____/____ (día mes año)

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, Valores y Seguros o al Servicio Nacional 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	Participación %
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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

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 Rep. Legal - Prestador de Servicios de Seguros

CHECK LIST DOCUMENTOS REQUERIDOS

- ☐ Documento de identificación del Representante Legal o apoderado.
- ☐ Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por la SCVS.
- ☐ Estados financieros mínimo un año atrás (*).
- ☐ Copia del Nombramiento del Representante Legal o apoderado (*).
- ☐ Registro único de contribuyentes – RUC o su equivalente (*).
- ☐ Nómina actualizada de Socios y/o accionistas (*).
- ☐ Copia de la constitución de la empresa (*)

(*) Aplica de forma adicional para reaseguradores