

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES "PERSONAS JURÍDICAS"

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Suma Asegurada: USD _____ Cliente nuevo: Si ☐ No ☐ Fecha: _____ dd / mm / aaaa

DATOS PERSONA JURÍDICA

Razón social: _____ RUC: _____
Actividad económica: _____ Fecha de constitución: _____
Dirección matriz: _____ Ciudad: _____
Teléfono 1: _____ Email: _____
Nombres y apellidos del representante legal: _____
C.I.: _____ C.C.: _____ Pasaporte: _____
Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____
Estado civil: Soltero/a ☐ Unión de Hecho: ☐ Casado/a: ☐ Divorciado/a: ☐ Viudo/a: ☐
Dirección del domicilio: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO (DE SER APLICABLE)

Nombres y apellidos: _____
C.I.: ☐ C.C.: ☐ Pasaporte: ☐ Nro.: _____ Nacionalidad: _____

SITUACIÓN FINANCIERA: TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS

Ingresos Mensuales	_____	Activos \$	_____
Otros ingresos	_____	Pasivos \$	_____
Egresos	_____	A-P= Patrimonio	_____
V/Neto ingresos - egresos	_____		

VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL SOLICITANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO Y PAGADOR

Es usted el asegurado de la póliza? Si ☐ No ☐

Es usted el solicitante de la póliza? Si ☐ No ☐ Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____

Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Relación: _____

Es usted el beneficiario de la póliza? Si ☐ No ☐ Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____

Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Relación: _____

Es usted el pagador de la póliza? Si ☐ No ☐ Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: _____ Tipo de identificación: _____

Dirección de domicilio: _____ Número de identificación: _____

Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Relación: _____

Usted trabaja o trabajó (hasta un año atrás) en alguna institución del sector público

Si ☐ No ☐ Cargo que desempeñaba: _____

Algún miembro de su familia hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos), o primer grado de afinidad (cónyuge),

trabaja en el sector público Si ☐ No ☐ Parentesco: _____ Cargo que desempeña o desempeñó: _____

Tiene algún familiar que labore en ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.: Si ☐ No ☐ Cargo que desempeña: _____

Parentesco: _____ Nombres Completos: _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRAL DE RIESGO

Declaro bajo juramento que:

1. los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
2. la información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente por la vía idónea que me sea requerida;
3. los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con Zurich Seguros Ecuador S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

De manera irrevocable autorizo a Zurich Seguros Ecuador S.A., con la que mantengo una relación comercial vigente, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad y será utilizada por la Compañía en cumplimiento de la emisión de las pólizas contratadas.

Firma del cliente

INFORMACIÓN DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS O AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS

Nombre o razón social: _____

C.I. o RUC _____

Nombre del representante legal: _____

Firma del agente o representante legal de la agencia

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA JURÍDICA

1. Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir estas.
2. Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado.
3. Nómina de accionistas o socios, otorgada por el órgano de control o registro competente.
4. Certificados de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable (SRI, IESS, Superintendencias, etc.)
5. Estados financieros, mínimo un año atrás. En caso de que por disposición legal, tengan la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados.
6. Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.
7. Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa.
8. Copia del documento de identificación del(la) cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado.
9. Confirmación de pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable.