

**FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS" (Persona Jurídica)**

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la relación comercial.

 Reasegurador  Coasegurador  Intermediario de Reaseguro  Asesor Productor de seguros  Perito de seguros  Proveedor 
**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS**

Razón Social:		Ruc. No.	
Actividad Económica:		Objeto social:	
Dirección de empresa	Dirección:	Barrio/Sector:	ciudad:
	Correo electrónico:	teléfono:	Fax:
País:			
La empresa es: Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Cía Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Sector Público <input type="checkbox"/> Economía Mixta <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
Sector Mercado: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Soc. sin fines de lucro <input type="checkbox"/>			

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	U/Libre <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección	domicilio:	Barrio/sector:	ciudad:
	Provincia:	cantón	Parroquia:
País:		Teléfonos	
domicilio:		Celular:	Fax:
E-mail:		Cónyuge ó conviviente	
Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: _____	

**NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS QUE POSEAN MÁS DEL 25% DEL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO**

Tipo de persona	No. de identificación	Razón Social /Nombre Completo	% Participación
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
----------------------	-------------------	-------------------	-------------

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

 \*Si ud fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:  
 Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ FAMILIAR  BROKER  OTROS  Especifique \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)**

- Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC
- Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir éstas.
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable.
- Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado
- Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de las acciones o participaciones obtenidas por el cliente en el órgano de control o registro competente.
- Copia de una planilla de servicios básicos actualizada.
- Copia de documento de identificación del cónyuge o conviviente, del representante legal o apoderado, si aplica.
- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa, o de quienes representen legalmente a la entidad.
- Estados financieros, mínimo de un año atrás. En caso de que por disposición legal, tienen la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados.
- Confirmación del 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
- Calificación de riesgo, de ser aplicable

**FAVOR RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO (EXCEPTO PARA PROVEEDORES)**
**a) Dispone de procedimientos o controles para prevenir el lavado de activos que incluya:**

	SI/NO/NA	Justifique si su respuesta es No o NA
Políticas y procedimientos para la aceptación y verificación de clientes		
Procedimientos para la conservación de registros de clientes		
Procesos para la validación de datos del cliente contra listas de observados antes y durante la relación comercial?		
Procesos de monitoreo transaccional de clientes, para detectar transacciones inusuales?		
Su institución cuenta con un Código de Ética		
Procedimientos para relacionarse con PEP's (Personas expuestas políticamente)		

b) Ud. está regido por leyes/normas legales para prevenir el lavado de activos?		
c) Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?		

**DECLARACIÓN**

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado. Así mismo conozco y acepto que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado, y a proveer la documentación e información que me sea solicitada. Además, declaro que el origen y destino de todos mis fondos, bienes y productos tienen origen y propósito lícito y no provienen ni serán utilizados para el delito de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos

**DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente)** - Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos. SI \_\_\_ NO \_\_\_ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador ;Secretario Nacional o cualquier dignidad elegida por voto popular, etc. O que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional. **Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEPS otorgado por la compañía.**

**AUTORIZACION****Análisis y verificación de datos**

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Generali Ecuador compañía de Seguros S. A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A toda la información que ésta les requiera y autorizo revisar en los buró de crédito mi información.

**Datos personales y privacidad**

Con el objeto de preservar, ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Prestador de servicios intercambien durante la vigencia de la relación jurídica, ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Prestador de servicios por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la relación comercial.

Eximo a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

C.I \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

Confirmando que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo.

Nombre del Ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_