

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Jurídica)

Fecha
DD MM AA

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Pan American Life Ins. Co.

TIPO DE SEGURO

Tipo de seguro: Minimed Health Trust Corporativo Accidentes Pers. Major Medical Vida **Tipo de solicitud:** Nueva Actualización

DATOS EMPRESA CONTRATANTE

Razón Social:		RUC N°		País:	
Actividad Económica:		Objeto Social:		Fecha constitución:	
DIRECCION:	Calle principal	No.	Transversal	Provincia	Ciudad
Teléfonos: /		Fax No.:		Dirección Electrónica:	
La empresa es: <input type="checkbox"/> 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"/>					
Otro <input type="checkbox"/> Especifique:					
La empresa cotiza en Bolsa de Valores <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		Cédula <input type="checkbox"/>
						Pasaporte <input type="checkbox"/>
Lugar y Fecha Nacimiento:				Nacionalidad:		No. de Identificación:
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle principal	No.	Transversal	Sector / Barrio		Ciudad
Teléfono Residencia:			Celular No.:		Correo Electrónico:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo						
Nombres completos del Cónyuge o conviviente Legal:					Identificación No:	
INFORMACION EXTRANJEROS	Fecha de expedición del pasaporte	Fecha de caducidad del pasaporte	Estado migratorio	Fecha de ingreso al país		

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	USD\$ <input type="text"/>	ACTIVOS	USD\$ <input type="text"/>
EGRESOS MENSUALES	USD\$ <input type="text"/>	PASIVOS	USD\$ <input type="text"/>
OTROS INGRESOS	USD\$ <input type="text"/>	PATRIMONIO	USD\$ <input type="text"/>
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS <input type="text"/>			
OBSERVACIONES <input type="text"/>			

INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE CONTRATANTE, ASEGURADO, Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	OTRA	CUAL
Contratante - Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratante - Beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS:
Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores entregados a PAN AMERICAN LIFE INS. CO., sucursal en el Ecuador, por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACION:
Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a PAN AMERICAN LIFE INS. CO., sucursal en el Ecuador, a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de PAN AMERICAN LIFE INS. CO., sucursal en el Ecuador.

Firma del Representante Legal
C.C.

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o Razón Social:	No Credencial:
Nombre del Ejecutivo encargado:	Cargo:
Declaro haber cumplido con lo establecido en el artículo 17 de la Resolución JB-2012-2147 de 26 de abril de 2012 que contempla las normas de Prevención de Lavado de Activos para las instituciones del Sistema de Seguro Privado.	

Firma Corredor

USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente".

Revisión de listas: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: _____

Firma

_____/_____/_____
Fecha

DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA JURÍDICA

Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC	
Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir éstas;	
Nómina de Accionistas del órgano de control o registro competente (No aplica para empresas que cotizan en Bolsa)	
Certificado de la bolsa de valores para empresas que cotizan en bolsa	
Certificado de Cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente	
Estados financieros - mínimo un año atrás - auditados de ser el caso o Formulario 101 aceptado por el SRI actualizado	
Copia de recibo de pago de servicio básico (agua, luz o teléfono) en que conste la dirección de la empresa	
Copia Certificada del Nominamiento del Representante Legal o Apoderado	
Copia de la cédula de identidad del Representante Legal o Apoderado (legible y a color)	
Copia del pago del Impuesto a la Renta	