



**PERSONA JURIDICA FORMULARIO C2**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INICIO Y RENOVACIÓN DE LA RELACIÓN COMERCIAL "CONOZCA A SU CLIENTE" Resolución de la JB-2012-2147-RO 709 del 23 de mayo 2012 Art. 14

APRECIADO CLIENTE  
CONCEDORES DE SU ALTO SENTIDO DE PARTICIPACION EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y NORMAS SOBRE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS, NOS PERMITIMOS SOLICITAR A USTED, LLENAR EL FORMULARIO Y ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL MISMO, YA QUE SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. DEBE IDENTIFICAR A SUS CLIENTES, PARA LO CUAL APLICARÁ EN FORMA OBLIGATORIA ESTE FORMULARIO

Esta información es de estricta confidencialidad, la misma que será utilizada por Sweaden.S.A, para la emisión o renovación de las diferentes pólizas

**INFORMACION DEL CLIENTE ASEGURADO**

NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL		RUC N°
OBJETO SOCIAL	Teléfono fijo	Celular
Dirección :		Ciudad de domicilio
Fecha de constitución	Correo electrónico	
Actividad Económica según SBS:	País:	Email

**VINCULOS EXISTENTE ENTRE EL ASEGURADO Y:**

**SOLICITANTE:**

Apellidos:	Tipo de identificación.	RUC <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Nombres:	N° de Identificación				
Dirección de Domicilio:					
Actividad Económica según SBS:	Celular	Teléfonos			

**BENEFICIARIO:**

Apellidos:	Tipo de identificación	CI <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Nombres:	Número de Identificación:			
Dirección de Domicilio:				Referencia:
Actividad Económica según SBS:	Celular:	Teléfono:		

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Nombres y Apellidos:	Fecha del Nombramiento:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	
Profesión:	Dirección del domicilio:	
Cédula /Pasaporte No.:	Nacionalidad	País:
Actividad Económica según SBS:	Correo Electrónico:	Teléfonos del domicilio

**INFORMACION ADICIONAL DEL CÓNYUGE DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombres:	Tipo de Identificación:	CI <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Apellidos:	N° Ident.	País	Teléfonos	
Actividad Económica según SBS	Dirección:	Nacionalidad		

**PERFIL FINANCIERO/ NIVEL DE INGRESO POR ACTIVIDAD ECONOMICA**

**ACTIVIDAD ECONOMICA**

Descripción de la principal actividad económica o no económica, de acuerdo a la lista de la Superintendencia de Bancos

Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES:	USD.
PROMEDIO DE EGRESOS MENSUALES:	USD.
Fuente:	

**PROPOSITO DE LA RELACION COMERCIAL**

**POLIZAS DE RAMOS GENERALES  
SUMAS ASEGURADAS**

INICIO DE RELACION COMERCIAL	
RENOVACIÓN	

**INFORMACION Y DOCUMENTACION A SOLICITAR****A.- REQUISITOS PARA: personas jurídicas, empresas, fundaciones y otras sociedades con contratos cuya suma asegurada sea igual o inferior a US\$ 200.000,00**

- 1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos
- 2.- Copia actualizada del RUC
- 3.- Nómina actualizada de Accionistas, socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida por el cliente en el órgano de control o registro competente; según la estructura solicitada por el departamento de Sistemas de Sweaden Cia.
- 4.- 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
- 5.- Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos
- 6.- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgadas por el Órgano de Control competente, de ser aplicable.
- 7.- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa o de quienes representen legalmente a la entidad.
- 8.- Documento Identificación, del cónyuge o conviviente, del Representante Legal o apoderado, si aplica.
- 9.- Copia de las escrituras de constitución y de sus reformas, de existir estas
- 10.- Copia Certificada del Nombramiento del representante Legal o apoderado

**REQUISITOS PARA: personas jurídicas, empresas fundaciones y otras sociedades con contratos cuya suma asegurada sea mayor a US\$ 200.000; a más de la información establecida en el literal A**

- 11.- Confirmación de pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI a través de la página Web.

**DECLARACION DE LA INFORMACION**

Declaro que la información contenida en este formulario, es verdadera, completa, proporcionada de modo confiable y actualizada. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de manera oportuna a SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. cualquier cambio de la información proporcionada.

**DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

LICITUD DE RECURSOS: CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, DECLARO QUE TANTO MI ACTIVIDAD ECONOMICA PROFESIÓN Y LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE ORIGEN LICITO.

**AUTORIZACION**

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA E IRREVOCABLE A SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI COMO A PROPORCIONAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES MI INFORMACION SI ASI LO REQUIEREN, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE SWEADEN COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Firma y Sello del Cliente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

C.C.

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

NOMBRE O RAZON SOCIAL	CREENCIAL	NOMBRE DEL EJECUTIVO	CARGO

En cumplimiento a la Resolución de la Junta Bancaria JB-2012-2147- Art. 17 "Si la Contratación de los productos ofrecidos por las empresas de seguros se realiza por intermedio de los Asesores Productores de Seguros, éstos serán responsables de la recopilación de la información y de documentación, que deberá realizarse en los formularios de inicio de relación comercial previstos por la empresa de seguros, obligación que constará en los contratos de agenciamiento"

\_\_\_\_\_  
Asesor productor de Seguros

Nombre Asesor / Ejecutivo:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha**OBSERVACIONES****USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA**

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y que se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente". PERSONA JURIDICA

\_\_\_\_\_  
Asesor / Ejecutivo\_\_\_\_\_  
Aprobado por:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha