



**FORMULARIO DE VINCULACION**  
**"CONOZCA ASESOR PRODUCTOR DE SERVICIOS DE SEGUROS"**

F.CAPS.002

Concededores de su alto sentido de participación 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. debe identificar su prestador de servicios de seguros, para lo cual aplicará en forma obligatoria este formulario.

Esta información y documentación proporcionada es de estricta confidencialidad, la misma que será utilizada por Sweaden SEGUROS S.A. No deben existir campos en blanco, en caso de no poseer alguna información, escribir N/A.

**INFORMACIÓN PERSONA JURIDICA**

Razón Social :

Objeto Social:

RUC:

Fecha de constitución:

Dirección Principal :

Provincia:

Cantón:

Ciudad:

Dirección correo electrónico:

Teléfono:

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo de identificación: CEDULA  PASAPORTE  OTRO

N° de Identificación:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Dirección de Domicilio:

Fecha de nombramiento:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono:

Estado Civil: Soltero:  Casado:  Divorciado:  Viudo:  Unión Libre:

**INFORMACION ADICIONAL DEL CÓNYUGE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo de identificación: CEDULA  PASAPORTE  OTRO

N° de Identificación:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Nombre del lugar de trabajo:

Actividad económica:

Dirección:

Cargo:

E-mail:

Teléfono:

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

Actividad Económica según SCVS:

Ingresos mensuales \$

Egresos mensuales \$

Tiene otros ingresos que no provienen de su actividad económica principal: SI  NO

Otros Ingresos \$

Origen de los otros Ingresos:

**SITUACIÓN FINANCIERA**

TOTAL ACTIVOS

TOTAL PASIVOS

PATRIMONIO (A-P)

**DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP'S)**

Es usted una Persona Expuesta Políticamente: SI  NO

Institución:

Declaro bajo juramento que me encuentro ejerciendo o ejerci funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el Extranjero en los dos últimos años.

Cargo:

Tiene algún familiar que sea considerad@ una Persona Expuesta Políticamente: SI  NO

Parentesco:

Cargo:

Persona Expuesta Políticamente: Quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior. También se considera PEP al cónyuge, conviviente o pariente que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o un colaborador cercano.

**ACCIONISTAS**

Razón Social o Nombre Completo	Número de Cédula o RUC	% Participación	Nacionalidad	Cargo	Nombre del Representante Legal si el Accionista es una Empresa

REFERENCIAS				
REFERENCIAS PERSONALES			REFERENCIAS BANCARIAS	
Nombre	Parentesco	Teléfono	Institución Bancaria	Tipo de Producto
REFERENCIAS COMERCIALES				
Entidad		Monto		Teléfono
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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. cualquier cambio de la información proporcionada.				
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS				
Declaro que tanto mi actividad económica, profesión y los recursos que poseo provienen de origen lícito, no provienen ni provendrán, ni estarán relacionados directa o indirectamente con actos tipificados en la Ley de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos, Financiamiento de Terrorismo y Otros Delitos. Así mismo declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.				
AUTORIZACION				
Conocedor(a) de las disposiciones legales para la Prevención de Lavado de Activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, autorizo expresamente en forma libre y voluntaria e irrevocable a SWEADEN SEGUROS S.A., a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarias así como a proporcionar a las autoridades competentes mi información si así lo requieren, así mismo renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de SWEADEN SEGUROS S.A.				
ASESORES PRODUCTORES DE SEGUROS				
En cumplimiento a la Resolución de la Junta Bancaria JB-2013-2454- 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".				
<b>Este formulario aplica para:</b> <b>Inicio de la relación comercial</b> <input type="checkbox"/> <b>Renovación</b> <input type="checkbox"/>				
_____ Firma y Sello			_____ / ____ / ____ Fecha: dd/mm/aa	
DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA JURIDICA				
1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos.				
2.- Copia Integra del Registro Único de Contribuyentes (RUC).				
3.- Copia de las escrituras de constitución y de sus reformas, de existir estas				
4.- Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado				
5.- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa o de quienes representen legalmente a la entidad.				
6.- Documentos de identificación del cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado si aplica				
7.- Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.				
8.- Nómina actualizada de accionistas y/o, socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida por el cliente en el órgano de control o registro competente.				
9.- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgadas por el órgano de control Competente de ser el caso.				
10.- Estados financieros mínimo de un año atrás				
11.- Confirmación de pago de impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI a través de la página Web.				
12.- Copia del permiso de Funcionamiento Otorgado por el ente de Control SCVS.				
13.- Copia de la Credencial de los ramos.				
14.- Calificación de riesgo de la entidad realizada por empresas de reconocido prestigio, de ser aplicable				
USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA				
Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Prestador de Servicios de Seguros".				
Nombre del Asesor / Ejecutivo Comercial: _____			_____ / ____ / ____	
Revisado por: _____			Fecha: dd/mm/aa	