



FORMULARIO DE VINCULACION
"CONOZCA ASESOR PRODUCTOR DE SERVICIOS DE SEGUROS"
F.CAPS.001

Concededores de su alto sentido de participación en el cumplimiento de las leyes y normas sobre prevención de Lavado de Activos y financiamiento del terrorismo y otros 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.

INFORMACION PERSONA NATURAL

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo de identificación: CEDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		N° de Identificación:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección de Domicilio:		
Dirección de correo electrónico:		Teléfono:
Estado Civil: Soltero: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Unión Libre: <input type="checkbox"/>		

INFORMACION DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo de identificación: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ro <input type="checkbox"/>		N° de Identificación:
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:
Actividad económica:		
Nombre del lugar de trabajo:		Cargo:
E-mail:		Teléfono:

PERFIL FINANCIERO/ NIVEL DE INGRESO POR ACTIVIDAD ECONOMICA

Nombre del lugar de trabajo:	
Actividad Económica según SCVS:	
Dirección de la Empresa:	Cargo:
Ingresos mensuales \$	
Tiene otros ingresos que no provienen de su actividad económica principal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Institución:
Declaro bajo juramento que me encuentro ejerciendo o ejercí 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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.	
Aplican controles de Lavado de Activos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mail Of. Cumplimiento:

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

Concedor(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.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos, y su reglamento para su aplicación expedido el 26 de enero del 2022 según Boletín Oficial No. 002, declaro la aceptación expresa del tratamiento de mis datos personales.

Autorizo que todos mis datos personales y bancarios facilitados por mi persona o por mi bróker, a través de su ingreso al portal o por cualquier medio sean recolectados, tratados, transferidos, actualizados, conservados, eliminados por Sweaden Compañía de Seguros S.A. De igual forma autorizo de manera expresa que Sweaden pueda ceder los datos personales necesarios a terceros y proveedores con el objetivo de brindarme servicios de seguros.

Este tratamiento de datos será legítimo y lícito por parte de la Compañía, pudiendo el dueño de los datos solicitar la rectificación, actualización, eliminación, oposición, anulación y portabilidad de estos y puede revocar el consentimiento a través de una solicitud dirigida a cualquiera de las agencias de Sweaden Seguros S.A.

Así mismo autorizo a recibir información y publicidad sobre las ofertas, promociones y recomendaciones, comunicados, encuestas, estadísticas y análisis para ver tendencias del mercado.

Como constancia firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido.

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".

Este formulario aplica para: **Inicio de la relación comercial** **Renovación**

_____ Firma y Sello	_____/_____/_____ Fecha: dd/mm/aa
------------------------	--------------------------------------

DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA NATURAL

1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos.	
2.- Copia Integra del Registro Único de Contribuyentes (RUC).	
3.- Copia del documento de identificación: cédula de identidad o pasaporte vigente.	
4.- Copia de la cédula de ciudadanía del cónyuge (si aplica).	
5.- Copia del recibo de cualquier servicio básico de los tres últimos meses.	
6.- Declaración del Impuesto a la Renta.	
7.- Certificado de encontrarse al día en sus obligaciones con la SCVS.	
8.- Copia de certificados de autorización de los ramos de seguros en los que va a trabajar con Sweaden Seguros, otorgado por SCVS.	