

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES



GENERALES (PERSONA JURIDICA)

Escribir a máquina o en letra de imprenta

La información aquí descrita será considerada como confidencial

## 1. Datos de la empresa - Tomadora de la póliza

|  |   |                              |  |  |
|--|---|------------------------------|--|--|
| <b>Número de RUC</b>   | <b>Nombre de la empresa</b>   | <b>Objeto social</b>         | <b>Fecha de constitución</b><br>Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> |  |
| <b>Sector de mercado</b><br><input type="checkbox"/> Comercial<br><input type="checkbox"/> Industrial<br><input type="checkbox"/> Servicios<br><input type="checkbox"/> Financiero<br><input type="checkbox"/> Agrícola<br><input type="checkbox"/> Sin fines de lucro | <b>Su empresa es:</b><br><input type="checkbox"/> Sociedad Anónima<br><input type="checkbox"/> Cía Limitada<br><input type="checkbox"/> Sociedad de hecho<br><input type="checkbox"/> ONG<br><input type="checkbox"/> Pública | <b>Actividad económica</b>   | <b>País de domicilio</b>   |  |
|  |   | <b>Ciudad de domicilio</b>   | <b>Cantón</b>  |  |
|  |   | <b>Parroquia</b>             | <b>Sector</b>  |  |
|  |   | <b>Teléfono convencional</b> | <b>Teléfono celular</b>  |  |
| <b>Calle principal</b>   | <b>Num. Casa</b>  | <b>Calle transversal</b>     | <b>Dirección electrónica (Página WEB)</b>  |  |

## 2. Datos del representante legal o apoderado

|   |   |                             |   |
|---|---|-----------------------------|---|
| <b>Apellido paterno</b>   | <b>Apellido materno</b>   | <b>Nombres completos</b>    | <b>Correo electrónico</b>   |
| <input type="checkbox"/> Cédula Ecuador<br><b>Núm. Identificación:</b> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Visa 12IV | <b>Ciudad de nacimiento</b> | <b>Fecha de nacimiento</b><br>Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/><br><b>Teléfono celular</b> |

### Información del cónyuge del representante legal

|                         |                         |                          |  |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--|
| <b>Apellido paterno</b> | <b>Apellido materno</b> | <b>Nombres completos</b> | <b>Cédula E.</b> <input type="checkbox"/> <b>Pasaporte</b> <input type="checkbox"/> <b>Visa 12IV</b> <input type="checkbox"/><br><b>Núm. Identificación</b> <input type="text"/> |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--|

## 3. Situación financiera de la empresa

|  |  |                      |                      |
|--|--|----------------------|----------------------|
| <b>Ingresos mensuales de actividad declarada</b> | <b>Ingresos mensuales de otras actividades</b> | <b>Total activos</b> | <b>Total pasivos</b> |
|--|--|----------------------|----------------------|

**Fuente de otros ingresos mensuales (listar las actividades económicas)**

## 4. Vínculos con el asegurado (según corresponda al tipo de Ramo)

| Relacionados         | Parentesco con el asegurado | Ced, Pas, Vis | Número de identificación | Apellido paterno | Apellido materno | Nombres completos |
|----------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>SOLICITANTE:</b>  |                             |               |                          |                  |                  |                   |
| <b>BENEFICIARIO:</b> |                             |               |                          |                  |                  |                   |

En caso existan varios beneficiarios, debe adjunta una listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres

## 5. Documentación a adjuntar. Marque con una "X" la documentación que adjunta.

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copia de documentos de identificación de representantes o apoderados                      | <input type="checkbox"/> Copia de recibo de servicio básico                       |
| <input type="checkbox"/> Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado                    | <input type="checkbox"/> Nómina actualizada de accionistas o socios               |
| <input type="checkbox"/> Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano competente, si aplica. | <input type="checkbox"/> Copia de la escritura de constitución                    |
|  | <input type="checkbox"/> Estados financieros auditados de un año atrás, si aplica |

## 6. Declaración y autorización

### Declaración:

Concedor(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 proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiendome a comunicar oportunamente a Aseguradora del Sur C.A. los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; además declaro que la relación con Aseguradora del Sur C.A. tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen legítimo; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaro que mi cónyuge, mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos  <sup>Si/No</sup> desempeñan o han desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc.; o que, sin ocupar cargo público alguno tiene injerencia política a nivel nacional o internacional.

### Autorización:

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Aseguradora del Sur C.A. para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información, cuando sea requerida formalmente, para autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

## 7. Firmas

**CIUDAD:**

**FECHA:** año  mes  día

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL    Num Id:

### Asesor Productor de Seguros

Confirmando haber revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y la documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor Productor de Seguros  
Nombre:   
Num Id.:

### Aseguradora del Sur C.A.

Confirmando que el formulario está lleno y está adjunta la documentación requerida, así mismo se adjunta la constancia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior y de la revisión de listas de observados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Ejecutivo  
Nombre:   
Num Id.: