

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS Y PROVEEDORES" (Persona Jurídica)

La información proporcionada en este documento es confidencial y será utilizada por Generali Ecuador Compañía de Seguros para la relación comercial.

Reasegurador *Coasegurador* *Intermediario de Reaseguro* *Asesor Productor de seguros* *Perito de seguros* *Proveedor*

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS O PROVEEDOR

Razón Social:		Ruc. No.
		Objeto social:
Dirección de empresa	Dirección:	País: _____ ciudad: _____
	Correo electrónico:	teléfono: _____ Actividad Económica: _____
<i>La empresa es:</i> Regulada por la SCVS <input type="checkbox"/> Anónima Multinacional Andina <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Consorcio <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Sociedad Civil <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____		

Situación Legal de la Compañía: *Activa* *Disuelta y Liquidada* *Cancelada* *Inactiva*

Sector Mercado: Comercial Industrial Servicios Financiero Agrícola Soc. sin fines de lucro Otros: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Apellidos:		Tipo de ID: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		Número de ID: _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
		Nacionalidad: _____	
Dirección	domicilio: _____		País: _____ ciudad: _____
	Provincia: _____	Cantón: _____	Profesión: _____ Edad: _____
Teléfonos	domicilio: _____	Celular: _____	E-mail: _____
Cónyuge o conviviente	Apellidos: _____		Tipo de ID: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
	Nombres: _____		Número de ID: _____

NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS QUE POSEAN MÁS DEL 10% DEL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO

Tipo de persona	No. de ID	Razón Social /Nombre Completo	Nacionalidad	Tipo de Inversión	Capital	% Participación
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>						
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>						
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>						
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>						
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>						

INFORMACIÓN FINANCIERA

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)

- Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC
- Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado
- Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de las acciones o participaciones obtenidas por el cliente en el órgano de control o registro competente.
- Copia de documento de identificación del cónyuge o conviviente, del representante legal o apoderado, si aplica.
- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa, o de quienes representen legalmente a la entidad.
- Estados financieros, mínimo de un año atrás. Si por disposición legal, tienen la obligación de contratar auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable.
- Certificado de ingresos mensuales (**aplica para personas expuestas políticamente**)
- Nombramiento del cargo, con periodo de funciones (**aplica para personas expuestas políticamente**)
- Copia de la Declaración del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior (**aplica para personas expuestas políticamente**)
- Calificación de riesgo, de ser aplicable

FAVOR RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO (EXCEPTO PARA PROVEEDORES)

a) Dispone de procedimientos o controles para prevenir el lavado de activos que incluya:

SI/NO/NA Justifique si su respuesta es No o NA

Políticas y procedimientos para la aceptación y verificación de clientes	<input type="checkbox"/>	
Procedimientos para la conservación de registros de clientes	<input type="checkbox"/>	
Procesos para la validación de datos del cliente contra listas de observados antes y durante la relación comercial	<input type="checkbox"/>	
Procesos de monitoreo transaccional de clientes para detectar transacciones inusuales	<input type="checkbox"/>	
Su institución cuenta con un Código de Ética	<input type="checkbox"/>	
Procedimientos para relacionarse con PEP's (Personas expuestas políticamente)	<input type="checkbox"/>	
b) Ud. está regido por leyes/normas legales para prevenir el lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	
c) Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	

DECLARACIÓN

Yo, declaro ser conocedor(a) de las penas de perjurio y, asimismo, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado. También declaro que conozco y acepto que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado y a proveer la documentación e información que me sea solicitada.

Además, declaro que el origen y destino de todos mis ingresos, así como los bienes amparados en el seguro aquí convenido, la prima a pagar o dinero a recibir por parte de la Compañía de Seguros por concepto de indemnizaciones o cancelaciones anticipadas, tienen origen y propósito lícito y no provienen ni serán utilizados en el lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos.

DECLARACIÓN PEP (Persona expuesta políticamente). -

Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero, o en alguna organización internacional (desde el 5 al 10 grado de la escala de la RMU) tales como: Presidente y Vicepresidente de la República, Ministros y Viceministros, Asambleístas (principales y alternos), Superintendentes, Intendentes nacionales, regionales; Secretarios de gobierno, Asesores, Directores Nacionales, Regionales o Provinciales, Coordinadores, Gerentes y subgerentes de empresas o banca pública; Alcaldes, Vicealcaldes, Prefectos, Viceprefectos; Diplomáticos, embajadores, cónsules, etc.

SI **NO** Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEP otorgado por la compañía.

AUTORIZACIÓN

Análisis y verificación de datos

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Generali Ecuador Compañía de Seguros S. A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la lícitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; en consecuencia, renuncio a instaurar cualquier acto civil, administrativo o penal en contra de la compañía y/o sus empleados y/o filiales y/o subsidiarias. Así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A toda la información que ésta les requiera y autorizo revisar en los burós de crédito mi información.

Eximo a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea. Este Formulario fue realizado de acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y su Reglamento; además de las Normativas en Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo expedidas por la Junta de Política y Regulación Financiera, y Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Tratamiento de Datos Personales

Otorgo mi consentimiento libre, expreso, informado e inequívoco a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A., sus subsidiarias, filiales y entidades del Grupo Generali para que recopilen, procesen y traten la información entregada; esto incluye, según el tipo de seguro, datos de salud y otras categorías de datos sensibles. La información podrá comprender diagnósticos, exámenes médicos, afecciones de salud, enfermedades de cualquier tipo, así como tratamientos y atenciones médicas realizadas o por realizar en el futuro a los titulares, solicitantes, asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona incluida en el contrato de seguro solicitado. Asimismo, autorizo a acceder y obtener la información necesaria, incluyendo historiales médicos o clínicos. Lo anterior incluye la información generada o contenida en las bases de datos de médicos, personal sanitario, prestadores de salud, aseguradoras y empresas de medicina prepaga, tanto nacionales como extranjeras.

Autorizo a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. a compartir la información con entidades del Grupo Generali y terceras personas para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro. De igual forma, podrá compartir en caso de ser requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva, por requerimiento legal de autoridad competente.

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. accede y trata información personal únicamente para cumplir con sus obligaciones legales y contractuales, conforme a los servicios que presta; esto podrá incluir:

- i. Evaluación de riesgos
- ii. Emisión del contrato de seguro, documentos que forman parte de esta y cálculo de primas
- iii. Gestión de reclamos y liquidaciones
- iv. Prevención de fraude y cumplimiento de normativas legales y regulatorias
- v. Mejora de productos y servicios

Se me ha informado que puedo ejercer los derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocación del consentimiento, mediante una solicitud dirigida a datosprotegidos@generalicom.ec o en cualquiera de las oficinas de la compañía. Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A garantiza su compromiso de tratar los datos personales conforme a la normativa ecuatoriana, adoptando las medidas de seguridad necesarias, y asegurando de manera irrestricta la confidencialidad y reserva de la información.

Para más información consulta nuestro Aviso de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales.

Firma del Representante Legal

C.I. _____

Lugar y Fecha: _____

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Confirmo que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo. Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conocimiento del Prestador de Servicios de Seguros y Proveedor".

Detalle de observaciones

Nombre del Ejecutivo encargado: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma del ejecutivo