

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

## "PERSONAS JURÍDICAS"

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA.

Suma Asegurada: USD \_\_\_\_\_ Cliente nuevo: Si  No  Fecha: \_\_\_\_\_  
dd / mm / aa

### DATOS LA COMPAÑÍA

Razón social: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_  
Actividad económica: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución: \_\_\_\_\_  
Dirección matriz: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
C.I.: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
dd / mm / aa  
Estado civil: Soltero/a  Unión de Hecho:  Casado/a:  Divorciado/a:  Viudo/a:   
Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CÓNYUGE DEL REPRESENTANTE

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_  
C.I.:  C.C.:  Pasaporte:  Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN FINANCIERA DE LA COMPAÑÍA

Ingresos Mensuales \_\_\_\_\_ Activos \$ \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_ Pasivos \$ \_\_\_\_\_  
Egresos \_\_\_\_\_ A-P= Patrimonio \_\_\_\_\_  
V/Neto ingresos - egresos \_\_\_\_\_

### VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL SOLICITANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO Y PAGADOR

Es usted el asegurado de la póliza? Si  No  Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Es usted el beneficiario de la póliza? Si  No  Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Es usted el pagador de la póliza? Si  No  Si respondió NO, indique a continuación sus datos personales y su relación con el solicitante de la póliza:

Nombre completo o razón social: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

Usted trabaja o trabajó (hasta un año atrás) en alguna institución del sector público

Si  No  Cargo que desempeñaba: \_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos), o primer grado de afinidad (cónyuge), trabaja en el sector público Si  No  Parentesco: \_\_\_\_\_ Cargo que desempeña o desempeñó: \_\_\_\_\_

Tiene algún familiar que labore en ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.: Si  No  Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

NOTA: Los canales comerciales con producción para más de un asegurado o beneficiario presentarán, a través de medios electrónicos, por asegurado o beneficiario, la siguiente mínima información: nombres completos, número de identificación, nacionalidad, lugar de residencia y datos de contactabilidad (teléfono y correo electrónico).

Cuando en la póliza de seguro de vida o de accidentes personales con la cobertura de muerte, los asegurados hubiesen designado como beneficiarios a sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, o a su cónyuge o conviviente en unión de hecho, no se requerirá la información de tales beneficiarios. Si fuesen otras personas las designadas como beneficiarios, la documentación referente a estos deberá ser presentada, obligatoriamente.

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRAL DE RIESGO

1. Los recursos que poseo provienen de fuentes y orígenes lícitos, son objeto del giro del negocio; tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal;
2. La información que he suministrado en el presente documento es auténtica, pues corresponde a la realidad de los hechos y de mi actividad, por lo que es verificable y me obligo a actualizarla anualmente por la vía idónea que me sea requerida;
3. Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con Zurich Seguros Ecuador S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general.

De manera irrevocable autorizo a Zurich Seguros Ecuador S.A., con la que mantengo una relación comercial vigente, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, divulgar o entregar, la información aquí proporcionada a cualquier autoridad competente o tercero autorizado por dicha autoridad, para manejar o administrar bases de datos. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad y será utilizada por la Compañía en cumplimiento de la emisión de las pólizas contratadas.

---

Firma del Representante Legal

## DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA JURÍDICA

1. Copia de la escritura de constitución y de sus reformas en caso de existir.
2. Copia del nombramiento del representante legal o apoderado.
3. Copia de documento de identificación y certificado de votación del representante legal o apoderado.
4. Nómina de accionistas o socios, otorgada por el órgano de control o registro competente.
5. Certificados de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable (SRI, IESS, Superintendencias, etc.)
6. Estados financieros, mínimo un año atrás. En caso de que, por disposición legal, tengan la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados.
7. Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.
8. Documentos de identificación y certificado de votación del representante legal y demás personas que sean firmas autorizadas dentro la empresa.
9. Copia del documento de identificación del(la) cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado.
10. Confirmación de pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable.