



PERSONA JURIDICA FORMULARIO C2

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INICIO Y RENOVACIÓN DE LA RELACIÓN COMERCIAL "CONOZCA A SU CLIENTE" Resolución de la JB-2012-2147-RO 709 del 23 de mayo 2012 Art. 14

APRECIADO CLIENTE  
 CONOCEDORES DE SU ALTO SENTIDO DE PARTICIPACION 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 COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. DEBE IDENTIFICAR A SUS CLIENTES, PARA LO CUAL APLICARÁ EN FORMA OBLIGATORIA ESTE FORMULARIO

Esta información es de estricta confidencialidad, la misma que será utilizada por Sweaden,S.A, para la emisión o renovación de las diferentes pólizas

INFORMACION DEL CLIENTE ASEGURADO

NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL		RUC N°
OBJETO SOCIAL	Teléfono fijo	Celular
Dirección :		Ciudad de domicilio
Fecha de constitución	Correo electrónico	
Actividad Económica según SBS:	País:	Email

VINCULOS EXISTENTE ENTRE EL ASEGURADO Y:

SOLICITANTE:

Apellidos:	Tipo de identificación.	RUC <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Nombres:	N° de Identificación				
Dirección de Domicilio:					
Actividad Económica según SBS:	Celular	Teléfonos			

BENEFICIARIO:

Apellidos:	Tipo de identificación	CI <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Nombres:	Número de Identificación:			
Dirección de Domicilio:				Referencia:
Actividad Económica según SBS:	Celular:	Teléfono:		

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y Apellidos:		Fecha del Nombramiento:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de nacimiento:	
Profesión:	Dirección del domicilio:	
Cédula /Pasaporte No.:	Nacionalidad	País:
Actividad Económica según SBS:	Correo Electrónico:	Teléfonos del domicilio

INFORMACION ADICIONAL DEL CÓNYUGE DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres:	Tipo de Identificación:	CI <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
Apellidos:	N° Ident.	País	Teléfonos	
Actividad Económica según SBS	Dirección:	Nacionalidad		

PERFIL FINANCIERO/ NIVEL DE INGRESO POR ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Descripción de la principal actividad económica o no económica, de acuerdo a la lista de la Superintendencia de Bancos		Detalle de los ingresos netos diferentes a los originados en la actividad económica principal	
Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>
Total de ingresos Mensuales:	USD.	Ingresos Mensuales:	USD.
Total de egresos Mensuales:	USD.	Egresos Mensuales:	USD.
Fuente:		Fuente:	

SITUACIÓN FINANCIERA

TOTAL DE ACTIVOS	TOTAL DE PASIVOS	PATRIMONIO (A-P)

PROPOSITO DE LA RELACION COMERCIAL

POLIZAS DE RAMOS GENERALES  
 SUMAS ASEGURADAS

INICIO DE RELACION COMERCIAL	
RENOVACIÓN	

**INFORMACION Y DOCUMENTACION A SOLICITAR**

A.- REQUISITOS PARA: personas jurídicas, empresas, fundaciones y otras sociedades con contratos cuya suma asegurada sea igual o inferior a US\$ 200.000,00

1.- Formulario de vinculación con todos los datos requeridos

2.- Copia actualizada del RUC

3.- Nómina actualizada de Accionistas, socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida por el cliente en el órgano de control o registro competente; según la estructura solicitada por el departamento de Sistemas de Sweaden Cia.

4.- Estados financieros, mínimo de un año atrás. En caso de que por disposición legal tienen la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados

5.- Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos

6.- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgadas por el Órgano de Control competente, de ser aplicable.

7.- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa o de quienes representen legalmente a la entidad.

8.- Documento Identificación, del cónyuge o conviviente, del Representante Legal o apoderado, si aplica.

9.- Copia de las escrituras de constitución y de sus reformas, de existir estas

REQUISITOS PARA: personas Jurídicas, empresas fundaciones y otras sociedades con contratos cuya suma asegurada sea mayor a US\$ 200.000; a más de la información establecida en el literal A

10.- Copia Certificada del Nombramiento del representante Legal o apoderado

11.- Confirmación de pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI a través de la página Web.

**DECLARACION DE LA INFORMACION**

Declaro que la información contenida en este formulario, es verdadera, completa, proporcionada de modo confiable y actualizadas. 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 Y REASEGUROS S.A. cualquier cambio de la información proporcionada.

**DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

LICITUD DE RECURSOS: CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO, DECLARO QUE TANTO MI ACTIVIDAD ECONOMICA PROFESIÓN Y LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE ORIGEN LICITO.

**AUTORIZACION**

CONOCEDOR (A) DE LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS, AUTORIZO EXPRESAMENTE EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA E IRREVOCABLE A SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., A REALIZAR LOS ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDERE NECESARIOS, ASI COMO A PROPORCIONAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES MI INFORMACION SI ASI LO REQUIEREN, ASI MISMO RENUNCIO A INSTAURAR POR ESTE MOTIVO CUALQUIER TIPO DE ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA EN CONTRA DE SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Firma y Sello del Cliente

C.C.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

NOMBRE O RAZON SOCIAL	CREDENCIAL	NOMBRE DEL EJECUTIVO	CARGO

En cumplimiento a la Resolución de la Junta Bancaria JB-2012-2147- 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"

\_\_\_\_\_  
Asesor productor de Seguros  
Nombre Asesor / Ejecutivo:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**OBSERVACIONES****USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA**

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y que se ha verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Cliente". PERSONA JURIDICA

\_\_\_\_\_  
Asesor / Ejecutivo

\_\_\_\_\_  
Aprobado por:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha