

Prestador de servicio de seguros  Proveedor

*Se solicita llenar el formulario de forma clara. No dejar espacios en blanco. En los casos que no aplica, indíquese N/A.*

Siendo conocedor(a) de las disposiciones legales vigentes, en especial a la Ley General de Seguros, resoluciones de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros del Ecuador, Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, detallo la siguiente Información:

### Datos de la Empresa

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_ R.U.C.: \_\_\_\_\_  
 Objeto Social: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Tipo de Empresa: Pública  Privada  Otra   
 Sector económico: Comercial  Industrial  Financiero  Servicios  Otros: \_\_\_\_\_  
 Actividad económica: \_\_\_\_\_

### Datos del Representante Legal:

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Cédula  Pasaporte  RUC  No. Identificación: \_\_\_\_\_ Género: F  M   
 Estado Civil: Soltero  Casado  Unión libre  Divorciado  Viudo  Título profesional: \_\_\_\_\_  
 Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad y País de residencia: \_\_\_\_\_

### Datos e información del cónyuge (en el caso de que aplique)

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Cédula  Pasaporte  No. de Identificación: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Nómina de Accionistas o Socios:

Tipo de persona	N° de Identificación	Apellidos y Nombres (Razón Social)	% 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"/>			

### Firmas Autorizadas:

N° de identificación	Cargo	Apellidos y Nombres

### Declaración de Persona Expuesta Políticamente (Pep's):

Usted, trabaja o trabajó en el sector público, maneja o manejó recursos públicos? Si  No   
 Su cargo es o fué de alto mando, gerencial, dirección o funciones consideradas destacadas en el país o en el exterior? Si  No   
*Si sus respuestas fueron positivas, favor llenar la declaración sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente.*

### Referencias: Bancaria y comercial

Banco: \_\_\_\_\_ No. de Cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: Ahorro  Corriente   
 Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_ Cupo: \_\_\_\_\_ Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Caduca: \_\_\_\_\_

### Datos de facturación, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas

Yo, acepto la emisión y recepción de comprobantes electrónicos por correo electrónico: Si  No  Bajo mi entera responsabilidad declaro la(s) siguiente(s) dirección(es) electrónica(s) es(son) oficial(es), aceptando la emisión y recepción por esta vía de comprobantes, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas que la Compañía de Seguros Cóndor S.A., genere a mi favor.

 Facturación: \_\_\_\_\_  Comunicaciones: \_\_\_\_\_

*\* La información de contacto detallada me pertenece y es la oficial para futuras comunicaciones.*

**Documentos requeridos:**

- Copia del Registro Único de Contribuyente.
- Copia certificada del nombramiento del Representante Legal.
- Copia de Escritura de constitución y de sus reformas, de existir estas.
- Certificado de Cumplimiento de Obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable.
- Copia de Estado Financiero, mínimo del último año atrás. (Estado Financiero Auditado, en los casos que aplique).
- Copia legible de la cédula o pasaporte del representante legal o apoderado.
- Copia del certificado de votación o empadronamiento del representante legal o apoderado.
- Copia de un recibo de cualquier servicio básico, actualizada.
- Calificación de riesgo de la empresa, en los casos que aplique.

*A continuación detalle de documentos adicionales que aplican para prestadores de servicios de seguros.*

- Copia de la credencial otorgada por la Superintendencia de Compañía Valores y Seguros, vigente.
- Copia de los ramos autorizados para operar.
- Permiso de funcionamiento otorgado por la Superintendencia de Compañía Valores y Seguros.

**Declaro bajo juramento:** Que los bienes y valores registrados en este documento, al igual que las transacciones y operaciones que efectuaré con la Compañía, no provienen, ni se destinarán los fondos entregados u obtenidos de ninguna fuente ilegítima o vinculada con negocios de lavado de dinero producto de narcotráfico de sustancias ilegales. En consecuencia eximo a Compañía de Seguros Cóndor S.A. de toda responsabilidad, aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Así mismo autorizo expresamente a la Compañía a realizar el análisis que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso.

Además, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía, me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada.

**Autorizo** expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Compañía de Seguros Cóndor S.A., a realizar los análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes de mi propiedad; hago extensiva esta autorización a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Compañía de Seguros Cóndor S.A. toda la información que ésta le requiera, inclusive revisar en los buró de crédito mi información.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor o Prestador de servicio de seguros.

Nº de Identificación: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA**

Certifico haber revisado y verificado la información del presente formulario Si  No  detalle las revisiones realizadas:

Lista PLA  Causas judiciales  Impuesto a la renta  Registro civil  Otras

Detalle observaciones encontradas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Jefe Departamental

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma: Verificador/Asistente

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_