



**Formulario Conozca a su Proveedor/Prestador de Servicios Persona Jurídica**

Se solicita llenar el formulario con claridad y sin tachones o enmendaduras. La información solicitada, se encuentra conforme a las disposiciones amparadas en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento; y, resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS); Junta de Política y Regulación Financiera; y, Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE).

**1. INFORMACION PROVEEDOR/PRESTADOR DE SERVICIOS PERSONA JURIDICA:**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_ No.RUC/DNI:

Actividad Económica: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución:

Situación Legal de la Compañía: \_\_\_\_\_ Tipo de Compañía: \_\_\_\_\_ Tipo Inversión: \_\_\_\_\_

Dirección: Principal: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_ Transversal: \_\_\_\_\_

País de domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): Celular: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. ACCIONISTAS: De tener accionistas jurídicos, deberá identificar las personas naturales que posean participación dentro del capital. Detallar los accionistas que posean desde el 10% de participación. Si es necesario adjuntar la lista detallada.**

No. Identidad	Apellidos y Nombres	Nacionalidad	Participación (%)	Capital (USD)	Tipo Inversión (Nacional/Extranjera)

**3. INFORMACION FINANCIERA:**

Total Activos:  Total Pasivos:  Total Patrimonio:

Ingresos Anuales:  Gastos Anuales:  Resultados:

**4. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (S) LEGAL (ES) O APODERADO (S):**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  No. Identificación:  Género/Sexo:  Estado Civil:

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:  Nacionalidad:

Período del cargo:  Fecha del nombramiento:  Dirección domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): Celular: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* Si su identificación es Pasaporte, detallar: Estado Migratorio:

Fecha de expedición:  Fecha de caducidad:  Fecha de ingreso al país:

**5. DECLARACION SOBRE LA CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE PEP (aplica al Representante o Apoderado):**

Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero.  Si su respuesta es SI, indicar:

Nivel jerárquico:  Institución: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: Termina cargo:

Usted es familiar de un PEP:  Indicar la relación:  2° grado de consanguinidad o 1° grado de afinidad.

Nombres y apellidos del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Usted trabaja o es colaborador cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)  Indique relación:

Nombres y apellidos del PEP: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**6. INFORMACION DEL CÓNYUGE (En el caso de que aplique)**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  No. Identificación:  Nacionalidad:  Teléfono:

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: (Personal) \_\_\_\_\_

\* Si su identificación es Pasaporte, detallar: Estado Migratorio:

Fecha de expedición:  Fecha de caducidad:  Fecha de ingreso al país:

## 7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro bajo juramento: Que los bienes y valores registrados en este documento, al igual que las transacciones y operaciones que efectuaré con la Compañía Seguros Cóndor S.A., no provienen, ni se destinarán los fondos entregados u obtenidos de ninguna fuente ilegítima o vinculada con negocios de "lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos". En consecuencia, eximo a Compañía de Seguros Cóndor S.A. de toda responsabilidad, aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Declaro que esta información es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada. Declaro que soy conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía Seguros Cóndor S.A. cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Compañía Seguros Cóndor S.A., me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada.

Declaración: SI ( ) o NO ( ) tenemos conocimiento de los controles implementados para detectar operaciones de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y otros delitos y SI ( ) o NO ( ) he sido objeto de investigación o sanción por falta de aplicación de medidas de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos.

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 declarados; 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 les requiera, inclusive revisar en los buró de crédito mi información. Así mismo autorizo expresamente a la Compañía Seguros Cóndor S.A. a realizar el análisis que considere pertinente y conozco el deber de la compañía de informar a las autoridades competentes en estricto cumplimiento de leyes relativas al lavado de activos.

Además, otorgo mi libre y voluntario consentimiento para que la Compañía de Seguros Cóndor S.A. de uso a la información que declaro en el presente formulario para los fines propios de la naturaleza de su negocio.

Compañía de Seguros Cóndor S.A., en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de datos Personales, tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus **proveedores y prestadores de servicios**, a la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información y la protección de estos. Autorizo los tratamientos de mis datos personales a Compañía de Seguros Cóndor S.A. conforme lo establecido en su Política de Privacidad, sección Aviso de Privacidad dirigido a clientes, documentos que declaro haber leído. Términos y Condiciones en: [www.seguroscondor.com](http://www.seguroscondor.com)

Datos de contacto para firmar y recibir facturas, comunicaciones y/o notificación electrónicas: Autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Cóndor S.A. a registrar el correo electrónico y número celular, citados en Datos de Contacto, para recibir la emisión, recepción y firma de documentos que tenga con dicha compañía, así como también comprobantes, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas que se emitan a mi favor, para lo cual declaro bajo mi entera responsabilidad que la información entregada al citado correo electrónico tiene validez oficial en cumplimiento a lo establecido en la Ley de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de datos vigente.

Firma (Representante Legal o Apoderado)

Nº de Identificación:

Fecha

## 8. DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Copia legible de la cédula o pasaporte del Representante Legal o Apoderado.
- Copia del Registro Único de Contribuyente.
- Copia del Nombramiento vigente.
- Copia de Escritura de constitución y estatutos
- Copia de Estados Financieros o Declaración de Impuesto, actualizado.
- Copia de credencial, ramos autorizados por la SCVS, para operar como prestador de servicios de seguros. (en los casos que aplique)
- Copia de la póliza de Responsabilidad Cívil, vigente. (en los casos que aplique)

## 9. PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

Dejo constancia de haber revisado y verificado la información del presente formulario en: Listas Pla, Judicial y otras

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el proveedor o prestador de servicios y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Proveedor o Prestador de servicios", estipulado en la Resolución No. JPRF-S-2022-025 y Resolución No. SCVS-DNPLA-2022-0007.

Observaciones:

Firmas: Gerente/Subgerente/Jefe Departamental

Nombre:

Cargo:

Firma: Verificador/Asistente

Nombre:

Cargo: