

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTE INDIVIDUAL CUANDO EL CONTRATANTE ES UNA PERSONA JURÍDICA

1. DATOS DEL CONTRATANTE

a) Razón Social:				b) RUC N°			
c) Actividad Económica:				d) Fecha de Constitución (dd/mm/aa):			
e) Objeto Social:				f) Fecha del aumento de capital (dd/mm/aa)		g) Capital	
j) Dirección de Residencia	Calle Principal			Número		Transversal	
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País		
k) Teléfonos:	Domicilio		Celular		Correo electrónico		
l) La empresa es: Sociedad Anónima ☐ Cia. Ltda. ☐ Sociedad de Hecho ☐ ONG ☐ Sector Público ☐ Economía Mixta ☐ Otro ☐ Especifique:							
m) La empresa cotiza en Bolsa de Valores SI ☐ NO ☐							

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

a) Primer Apellido:				d) Tipo de Identificación: Cédula ☐ Pasaporte ☐			
b) Segundo Apellido:				e) Número de Identificación:			
c) Nombre(s):							
f) Sexo: F ☐ M ☐		g) Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ U/Libre ☐ Viudo ☐					
g) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aa)						h) Nacionalidad:	
i) Dirección de Residencia	Calle Principal			Número		Transversal	
	Barrio/Sector	Provincia	Cantón	Ciudad	País		
j) Teléfonos:	Domicilio		Celular		Correo electrónico		
k) Nombre del Cónyuge o conviviente Legal						l) No. De Identificación	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

a) Ventas Anuales	USD	b) Patrimonio	USD
c) Número de empleados			

4. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

--

5. DECLARACIÓN

ENTREGA DE FONDOS:

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores entregados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por la (las) póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo declaro que la información detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento.

AUTORIZACIÓN:

Conocedor (a) de las disposiciones legales, entre las que se encuentran la "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS", autorizo expresamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., a realizar los análisis, reportes y verificaciones que considere necesarios, así como a las autoridades. En consecuencia, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

IMPORTANTE:

No se podrán suscribir pólizas al portador, con nombres incompletos, falsos o bajo cualquier otra modalidad que encubra la identidad del solicitante de la póliza, asegurado(s), o beneficiario(s)

En los casos que BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. considere necesario solicitará documentación adicional para identificar plenamente al cliente, en cumplimiento de la política "Conozca a su Cliente", la normativa vigente de la Superintendencia de Bancos y Seguros y la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

Fecha: (ciudad) (día) (mes) (año)

.....
Firma del Representante Legal
C.C

.....
Firma del Agente
Nombre del Asesor Comercial del Agente

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS - " PERSONA JURÍDICA "

- a) Copia de Registro Único de Contribuyentes (RUC)
- b) Copia de la escritura de constitución y sus reformas, de existir
- c) Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida por el cliente en el órgano de control
- d) Certificado de la Bolsa de Valores para las compañías que coticen en Bolsa
- e) Certificado de Cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente
- f) Estados financieros - mínimo un año atrás - auditados de ser el caso ó formulario 101 del SRI
- g) Copia de recibo de pago de servicio básico: agua, luz o teléfono; debe corresponder a uno de los 3 últimos meses anteriores a la fecha de la presente solicitud
- h) Copia Certificada del Nombramiento del Representante Legal o Apoderado
- i) Copia de la cédula de identidad del Representante Legal o Apoderado
- j) Copia de la cédula de identidad del cónyuge o conviviente del Representante Legal o Apoderado
- k) Copia del pago del Impuesto a la Renta del año anterior (o confirmación del pago generado de la página del SRI)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

7. PARA USO INTERNO DE BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Proceso de emisión ☐ Proceso de renovación ☐

Nombre del Asesor Comercial de BMI que realizó el proceso:

Revisión de Listas: SI ☐ NO ☐

Comentario sobre la revisión de listas:

Nombre del Ejecutivo de BMI que realizó la revisión de listas:

.....
Firma del Asesor Comercial

.....
Firma del Ejecutivo

D ____/M ____/A ____/
Fecha

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. para la emisión de pólizas.