

Oficina :

**RECOMENDACIÓN**

El formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras. La información solicitada se encuentra conforme 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).

**I. INFORMACIÓN BÁSICA CONTRATANTE**

Razón Social			
RUC	Identidad extranjera	N° Identificación	
Actividad económica			
Tipo de compañía	Sociedad anónima    Compañía anónima    Sucursal extranjera    Responsabilidad Limitada    S.A.S		
	Asociación    Consorcio    Comandita acciones    Sociedad hecho		
Otras no reguladas por SCVS		Especifique:	
Calle principal		Número	
Calle secundaria		Sector/Barrio	
Provincia		Cantón	
Ciudad		Parroquia	
Correo electrónico		Cod Postal	
Teléfono		Celular	

**II. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Nombres Completos		Apellidos (Paterno – Materno)	
Tipo identificación	Cédula    Pasaporte    RUC	N° Identificación	
Nacionalidad			
Estado Civil	Soltero    Casado    Viudo    Divorciado    Unión de hecho		
Dirección de domicilio			
Teléfono		Celular	
Correo electrónico personal			
Correo electrónico comercial			

**III. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE (En el caso que aplique)**

Nombres Completos		Apellidos (Paterno – Materno)	
Nacionalidad		N° Identificación	
Dirección			
Correo electrónico		Teléfono (s)	

**IV. DECLARACION SOBRE CONDICION PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP) APLICA AL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Personas Expuestas Políticamente (PEP): son todas aquellas personas naturales nacionales o extranjeras, que desempeñan o han desempeñado funciones o cargos públicos destacados en el Ecuador o en el extranjero, desarrollan funciones prominentes en una organización internacional, o tienen relación hasta el 2do. grado de consanguinidad o 1er. grado de afinidad con una PEP, es, o se considera como un estrecho colaborador de una persona pública.

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero	SI	NO
Nota: Si la respuesta es SI, llenar los siguientes campos		
Organismo/ Institución:		
Cargo que desempeña o desempeñó		
Fecha de culminación del cargo		
¿Es usted familiar de una PEP (padre/hijos/abuelos/nietos, cónyuge o conviviente) o usted trabaja de forma directa o es colaborador cercano de una PEP (Persona expuesta políticamente)?	SI	NO
Nota: Si la respuesta es SI, llenar los siguientes campos		
Relación o parentesco que tiene con la PEP:		
Apellidos y nombres del PEP:		
Institución del PEP:		
Cargo		

**V. ACCIONISTAS CUYA PARTICIPACIÓN SEA IGUAL O SUPERIOR AL 10% DEL CAPITAL**

Identificación	Apellidos y Nombres	Nacionalidad	Participación %

**VI INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA PERSONA JURIDICA**

Total Activos:		Total Pasivos:		Patrimonio:	
Ingresos Anuales:		Egresos Anuales:			

**VII. REFERENCIAS BANCARIAS DE LA PERSONERÍA JURÍDICA APLICA SOLO PARA EL RAMO DE FIANZAS**

Entidad	Tipo		Número de cuenta
	Ahorros	Corriente	

**VIII. DECLARACIONES**

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son correctos y fidedignos, por tanto, es mi obligación actualizar la referida información de forma anual o, cuando exista algún cambio, todo esto de manera documentada; adicional, como parte del control y verificación, me comprometo a entregar la información y/o documentación adicional cuando me sea requerida. Así mismo, declaro que los recursos, bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de su aplicación, tienen y tendrán origen y destino lícito.

Autorizo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, para que verifique, revise u obtenga la información que considere necesaria, sobre mi persona y la disponible en el buró de crédito, mientras dure la relación contractual y de conformidad con lo requerido por la autoridad competente.

Así mismo, autorizo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros a transferir o entregar la información que corresponda, incluido datos de mis riesgos crediticios resultantes de nuestra relación contractual, a los burós de crédito y/o a otra institución debidamente autorizada por la ley.

Eximo a Interoceánica Compañía Anónima de Seguros, de cualquier tipo de responsabilidad, inclusive frente a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

**IX. AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo a INTEROCEANICA COMPAÑIA ANONIMA DE SEGUROS, en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales a tratar mis datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con el contrato de seguro y con las relaciones jurídicas y/o comerciales que se puedan desprender del mismo.

Para más información sobre el tratamiento de los datos personales consulta en nuestra página web <https://www.segurosinteroceanica.com/politica-de-privacidad/>.

Para el ejercicio de los derechos envía una solicitud a [datos.personales@segurosinteroceanica.com](mailto:datos.personales@segurosinteroceanica.com)

Mediante la firma del presente, autorizo a Interoceánica C.A. de Seguros el envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios que puedan ser de su interés.

	Firma del representante legal o apoderado
Lugar y Fecha	

**X. PARA USO INTERNO DE INTEROCEANICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS**

Certifico que he revisado la información proporcionada por el cliente solicitante y/o contratante, y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la política "Conozca a su Cliente", según las normas vigentes y políticas internas de la Compañía. Además he realizado la revisión de los datos del solicitante y/o contratante y relacionados en las listas reservadas.

Revisado y confirmado por:			Aprobado por:	
Analista	Suscriptor	Ejecutivo	Jefatura	Coordinador
Apellidos y Nombres:			Apellidos y Nombres	
Fecha:			Fecha:	
Firma:			Firma:	