

**FORMULARIO DE VINCULACION DE INICIO/RENOVACION DE RELACIONES COMERCIALES  
"CONOZCA A SU CLIENTE" PERSONAS JURÍDICAS**

Conforme Resolución JB-2013-2454



TIPO DE SEGURO	RAMOS	SUMA ASEGURADA
NUEVO RENOVACIÓN	VIDA      GENERALES	0,00 – 50.000,00      50.001,00–200.000,00      200.001,00–En Adelante

**DESCRIPCIÓN DE(L) (LOS) SEGURO(S) A QUE APLICA**

**1.- DATOS BÁSICOS**

<b>RAZÓN SOCIAL</b>		<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>NACIONALIDAD</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>PARROQUIA</b>	<b>SECTOR</b>	
<b>DIRECCIÓN</b> (Calle principal, intersección, número de casa o lote)					
<b>TELEFONOS</b>		<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL</b>		

**2.- SECTOR ECONOMICO**

<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA</b> Agrícola___ Producción___ Turismo___ Ganadero___ Construcción___ Pesca___ Transporte___ Comercio___ Otros Servicios (especificar)_____	<b>ESPECIFIQUE EL PRODUCTO O SERVICIO QUE SU EMPRESA OFRECE</b>
---	---

**3.- INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

<b>TIPO DE EMPRESA</b> Pública Privada	<b>CICLO DE VIDA</b> Activa En Constitución	<b>DOMICILIADA EN EL PAÍS</b> Si No	<b>FINALIDAD ECONÓMICA</b> Sin Fines de Lucro Con fines de Lucro	<b>FECHA DE CONSTITUCIÓN</b>	
<b>SITUACIÓN FINANCIERA (último año)</b>			<b>ESTADO DE RESULTADOS (último año)</b>		
<b>ACTIVO</b>	<b>PASIVO</b>	<b>PATRIMONIO</b>	<b>INGRESOS</b>	<b>EGRESOS</b>	<b>UTILIDAD</b>

**Origen de Fondos:** \_\_\_\_\_

**4.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>No. IDENTIFICACIÓN</b> (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> Año___ Mes___ Día___	<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b> F___ M___	<b>ESTADO CIVIL</b> Soltero(a)___ Casado(a)___ Divorciado(a)___ Unión Libre___ Viudo(a)___

**5. REFERENCIAS BANCARIAS Y/O COMERCIALES**

<b>CUENTAS BANCARIAS</b>			<b>TARJETAS DE CRÉDITO</b>	
<b>TIPO DE CUENTA</b> Ahorros Corriente	<b>No. CUENTA</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>No. TARJETA</b>	<b>EMISOR</b>

**6. VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE ASEGURADO, SOLICITANTE Y BENEFICIARIO**

<b>No. IDENTIFICACIÓN</b> (Cédula, Pasaporte, Visa Refugiado)	<b>APELLIDOS</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>TIPO DE SUJETOS</b> Asegurado___ Beneficiario___		
<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>PARROQUIA</b>	<b>SECTOR</b>	
<b>DIRECCIÓN</b> (Calle principal, intersección, número de casa o lote)					
<b>TELEFONOS</b>		<b>CELULAR</b>	<b>RELACIÓN CON EL SOLICITANTE</b>		<b>E-MAIL</b>

**7.- ACEPTACIÓN DEL CLIENTE**

1. Declaro (amos) de que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento. Autorizo irrevocablemente la verificación de los datos contenidos en el formulario.
2. Declaro (amos) que el origen de los valores cancelados a Latina Seguros C.A, por la (las) prima (s) de las póliza (s) adquirida (s), son y provienen de actividades lícitas.
3. Conocedor (es) de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Latina Seguros C.A. a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios. Renuncio a instaurar, cualquier tipo de acción civil, penal en contra de Latina Seguros C.A., sus funcionarios y autoridades.

**8. FIRMA DEL CLIENTE**

Firma y sello: \_\_\_\_\_

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

**9.-DOCUMENTOS REQUERIDOS**

1. Escritura de constitución
2. Nombramiento del Representante Legal
3. Copia de la Cedula de Identidad del Representante Legal
4. Copia del RUC
5. Copia de un recibo de cualquier servicio básico
6. Copia de la declaración del Impuesto a la Renta
7. Nómina de accionistas
8. Certificado de Cumplimiento de Obligaciones, emitido por el ente que lo supervise
9. Copia de los Estados financieros auditados si la suma asegurada es mayor a USD\$200.00
10. Adjuntar listado de personas asegurables con la siguiente información mínima: Nombres / Apellidos / Tipo de documento de identificación / Número de documento de identificación / Fecha de nacimiento o Edad / Sexo

**10. ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS**

Nombre o razón social del Asesor Productor de Seguros: \_\_\_\_\_

Ruc o No. Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Represente legal: \_\_\_\_\_

Firma del Asesor Productor de Seguros: \_\_\_\_\_

**11. EJECUTIVO COMERCIAL COMPAÑÍA DE SEGUROS**

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

Revisado en listas de Información Reservada nacionales e internacionales: Si  No  Coincidencias: Si  No

Firma: \_\_\_\_\_

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

C.I