

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

1. TIPO DE PÓLIZA

Ramo de la póliza que contrata

Vida individual

Asistencia Médica Individual

2. DATOS DEL CONTRATANTE

a) Razón social:

b) RUC N°:

c) Actividad económica:

d) Fecha de constitución (dd/mm/aa):

e) Objeto social:

f) Dirección de residencia:

Calle principal / Número / Transversal

Provincia

Cantón

Ciudad

País

g) Teléfono comercial u oficina:

h) Correo electrónico:

i) La empresa es: Sociedad Anónima Cía. Ltda. Sociedad de Hecho ONG Sector Público Economía Mixta
Otro Especifique:

3. 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

h) Lugar y fecha de nacimiento (dd/mm/aa):

i) Dirección de domicilio: Calle principal / Número / Transversal Ciudad País

j) Teléfono de domicilio o celular:

k) Correo electrónico:

l) Nombre del cónyuge o conviviente legal:

m) No. de identificación:

4. DATOS DE VINCULACIÓN

a) El Vínculo existente entre el contratante y el asegurado propuesto es:

Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro (Especifique)

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

a) Ventas anuales USD

b) Activos USD

c) Pasivos USD

d) Patrimonio USD

6. JUSTIFICACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN

7. 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

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS - " PERSONA JURÍDICA"

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Copia de Registro Único de Contribuyentes (RUC) | <input type="checkbox"/> |
| b) Copia de la escritura de constitución y sus reformas, de existir..... | <input type="checkbox"/> |
| c) Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones obtenida en el órgano de control competente | <input type="checkbox"/> |
| d) Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente..... | <input type="checkbox"/> |
| e) Estados financieros - mínimo un año atrás - auditados de ser el caso ó formulario 101 del SRI..... | <input type="checkbox"/> |
| f) Copia de recibo de pago de servicio básico: agua, luz o teléfono | <input type="checkbox"/> |
| g) Copia certificada del nombramiento del Representante Legal o Apoderado..... | <input type="checkbox"/> |
| h) Copia legible de la cédula de identidad del Representante Legal o Apoderado..... | <input type="checkbox"/> |
| i) Copia legible de la cédula de identidad del cónyuge o conviviente del Representante Legal o Apoderado..... | <input type="checkbox"/> |
| j) Copia del pago del impuesto a la renta del año anterior (si está contratando una póliza de vida)..... | <input type="checkbox"/> |

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.

El contratante y/o asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la revisión de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al (la) presente formulario el número 41434 de 23 de marzo de 2016