				ANEXO 2				
EcuaSuiza		FORM	FORMULARIO PARA CLIENTES PERSONA JURIDICA					
Seguros			T ENGOTIA JONIDICA				Rev.06-202	
					DIA	MES	AÑO	
NUEVO: RENOVACIÓN:	]		INDIQUE SI ES UN FIDEICOMIS	60 <u> </u>		Indique a que clase de Fideicomiso	<u> </u>	
		DA	TOS DE LA EMPRESA			pertenece :		
RAZON SOCIAL: RUC:			FECHA DE CONSTITUCIÓN D	)F I A FMP	PRESA.			
OBJETO SOCIAL:				, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	1125711			
PROVINCIA: CIUDAD:			CANTÓN: PAIS:					
DIRECCION:								
TELÉFONO: E-MAIL:			TELÉFONO CELULAR: E-MAIL PARA RECIBIR COMP	PROBANT	ES ELECTRON	ICOS:		
DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPR	RESA:	EMPRESA : PUBLICA PRIVADA	SECTOR ECONO		FINANCIEI	MPRESA		
		DATOS DEL REPR	ESENTANTE LEGAL O APODER	RADO				
NOMBRES: NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:			APELLIDOS: NACIONALIDAD:					
LUGAR DE NACIMIENTO:			FECHA DE NACIMIENTO:			ESTADO CIVIL:		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: E-MAIL:			TELEFONO DE DOMICILIO:					
FECHA DE NOMBRAMIENTO Y/O PODER:			FECHA DE CADUCIDAD DE N	NOMBRAN	ΛΙΕΝΤΟ Y/O P	ODER:		
		DATOS DEL CÓNYUGE D	DEL REPRESENTANTE LEGAL O AP	PODERADO				
NOMBRES:			APELLIDOS:				<del></del>	
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:			NACIONALIDAD:					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:			CIUDAD DE RESIDENCIA:  CARGO QUE OCUPA:					
NOMBRE DE EN EMI RESIL DONDE HARDINA.	DE	CLARACIÓN SOBRE CONDI	CIÓN PEP (PERSONA EXPUESTA P	POLITICAM	IENTE)			
1)USTED DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO FUNCIO	NES O CARGOS PÚBLICOS	S EN EL ECUADOR O EN EL EXTR	ANJERO(minimo 1 año atrás):			SI	NO .	
INDIQUE SU NIVEL GERARQUICO SUPERIOR O CARGO	O QUE DESEMPEÑA O DE	SEMPEÑÓ				31		
SI la respuesta es SI, favor llenar los siguientes ca	mpos:.							
CARGO QUE OCUPA O OCUPÓ:		INSTITUCIÓN:		FECHA	A DE INICIO DEL CAF	RGO		
				FECHA	A DE CULMINCACIÓ	N DEL CARGO		
Alverra re cassillan pri ini proc chi ri ad- caspo pr	CONCANCIUNIDA DIDA DE	s (unos la pursi os (burstos) o si, a	EDO DE ASIMIDAD/SOMMISCUS					
2)USTED ES FAMILIAR DE UN PEPS, EN EL 2do GRADO DE		S/HIJOS/ABUELUS/NIETUS) U EL 1	ERO DE AFINIDAD(CONTOGUE)			SI	NO	
EN CASO DE SER FAMILIAR, DE UN PEP, INDICAR SU RELAC	.ion:							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PEP:			CARGO E INSTITUCIÓN DEL PEP:					
3)USTED TRABAJÓ O ES COLABORAR CERCANO DE UNA P	ERSONA EXPUESTA POLITIC	AMENTE(PEP)				SI	]	
EN CASO DE SER COLABORADOR, O EMPLEADO DE UN PE	P, INDICAR SU RELACIÓN:							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PEP:			CARGO E INSTITUCIÓN DEL PEP:					
		P	PERFIL FINANCIERO					
Total de ingresos Anuales por actividad	declarada:		FCDE	ror.				
INGRESOS:			EGRE	:505:				
Situación Financiera:					T . 10		1	
Total Ac	iivos(a)	10	tal Pasivos(b)		lotal Pa	trimonio(a-b)		
		ı					1	
		DATOS DI	E LA RELACIÓN COMERCIAL					
RAMO (OS) AL QUE APLICA:							]	
SUMA (AS) ASEGURADA (AS):	USD.							
SOMA (AS) ASEGUNADA (AS).	035.							
		SOLICITANTE, BENEFICIA	RIO (Aplica sólo si el solicitan	nte, benef	iciario y paga	dor sean diferentes de	el asegurado)	
SOLICITANTE: RAZÓN SOCIAL O NOMBRE FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO:		TIPO DE ID: RUC	CC PAS	NIÍN	MERO DE IDEN	ITIEICACIÓN:		
NACIONALIDAD:		PAÍS/CIUDAD DE EMPRI		litoit	IERO DE IDEI	THI ICACION.		
DIRECCIÓN EMPRESA/DOMICILIO: TELÉFONO:	CELULAR:		E - MAIL:					
Indique la relación existente entre usteo		COMERCIAL	LABORAL					
BENEFICIARIO: RAZÓN SOCIAL O NOMBR	DEC COMPLETOS.	1						
FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO:		TIPO DE ID: RUC	CC PAS	NIÚN	MERO DE IDEN	ITIEICACIÓN:		
NACIONALIDAD:		PAÍS/CIUDAD DE EMPRI		INOIV	TERO DE IDEN	TIFICACION.		
		. AIS/ CIODAD DE EIVIPRI	LO, y DOMINGILIO.					
DIRECCIÓN EMPRESA/DOMICILIO: TELÉFONO:	CELULAR:		E - MAIL:					
Indique la relación existente entre uste		COMERCIAL	LABORAL					
			<del></del>					
PAGADOR: RAZÓN SOCIAL O NOMBRES (	COMPLETOS							
FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO:		TIPO DE ID: RUC	CC LPAS L	NÚN	MERO DE IDEN	ITIFICACIÓN:		
NACIONALIDAD:		PAÍS/CIUDAD DE EMPRI						
DIRECCIÓN EMPRESA/DOMICILIO:					_			

TELÉFONO:		CELULAR:		E - MAIL:							
	existente entre ustede										
ACCIONISTA CON EL 10% O MAS DEL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO DE LA EMPRESA											
Razón Social / Nombre	Número de Identificación	Porcentaje %	Nacionalidad	Nombre del Representante Legal (si el accionista es PJ)	Número de Identificación	Nacionalidad	Actividad ocupacional y / o cargo				
				ADJUNTAR							
	- COPIA DE ESCRITURA D	DE CONSTITUCIÓN Y S	US REFORMAS.								
	- COPIA DE RUC ACTUALIZADO.										
- COPIA CERTIFICADA DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O ESCRITURA PÚBLICA DEL PODER RESPECTIVO.											
- NÓMINA ACTUALIZADA DE ACCIONISTAS O SOCIOS.											
- CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES OTORGADO POR EL ÓRGANO DE CONTROL COMPETENTE.											
$\Box$				RENTA MINIMO DE UN AÑO ATRÁS, I							
Ш	- COPIA DE DOCUMENTO	O DE IDENTIFICACION	DE REPRESENTANTE LEGAL	. Y PERSONAS QUE SEAN FIRMAS AUT	ORIZADAS DE LA EMPRE	SA (DE SER EL CASO)					
JUSTIFICACIÓN POR NO OBTENCIÓN DE DATOS											
En caso de que el potencial	cliente no cuente con alguno de	e los datos o documentació	n solicitada, y lo justifique razonab	olemente, se deberá consignar tal circunstancia	en este espacio:						
				ACIÓN Y AUTORIZACIÓN							
				de seguros ecuatoriano suiza s.a. por las trans ste documento; así mismo declaro que la infor							
				nicar y documentar de manera inmediata a la c tinentes y necesarios. Ecuatoriano Suiza, no po			proporcionado. De expresar mi				
negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales y sensibles estrictamente pertinentes y necesarios, Ecuatoriano Suiza, no podrá cumplir con los fines expuestos.  En cumplimiento con la ley orgánica de protección de datos personales que tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus clientes a la privacidad y protección de sus datos personales, de manera libre, expresa, informada e inequivoca autorizo a la											
Compañía de Seguros Ecuatoriano Suiza S.A, para que haga uso de mis datos personales brindados, que sean necesarios para el cumplimiento de sus actividades, conforme a lo establecido en su Política de protección y uso de datos personales, disponible en www.ecuasuiza.ec; He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos denominada "CLIENTES" registrada bajo la titularidad de Ecuatoriano Suiza.											
Se le informa que usted puede ejercer sus Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través del emvío de un correo electrónico a la dirección: dpo@ecuasuiza.ec o en cualquiera de los establecimientos físicos de Ecuatoriano Suiza.											
Conocedor (a) de las disposiciones establecidas en las normativas vigentes de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, autorizo expresamente a la compañía de seguros ecuatoriano suiza s.a., a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarias, así como a las autoridades, así mismo renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Ecuatoriano Suiza s.a.											
an manus chance of material per externative conquest upp on content citing period of dominative cit control on control and 3.6.											
						•					
Firma del Representante Legal											
c.c.											
USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA											
CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN ADJUNTA, CUMPUENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE											
Nombre y Firma de	Nombre y Firma del Responsable:										