



PRESTADORES DE SERVICIOS DE SEGUROS  
PERSONA JURÍDICA

Anexo 6

Rev.01-2023

DIA	MES	AÑO

REASEGURADOR   
COASEGURADOR   
BROKER DE REASEGUROS

NUEVO:   
ACTUALIZACIÓN:

**DATOS DE LA EMPRESA**

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_  
RUC: \_\_\_\_\_ FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
OBJETO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ PAIS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_  
EMPRESA: \_\_\_\_\_ SECTOR ECONOMICO AL QUE PERTENECE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE**

NOMBRES: \_\_\_\_\_  
APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN SOBRE CONDICIÓN PEP (PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE)**

1) ¿JUSTED DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO FUNCIONES O CARGOS PÚBLICOS EN EL ECUADOR O EN EL EXTRANJERO (mínimo 1 año atrás): SI  NO   
INDIQUE SU NIVEL GERARQUICO SUPERIOR O CARGO QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑÓ \_\_\_\_\_  
*Si la respuesta es SI, favor llenar los siguientes campos:*  
CARGO QUE OCUPA O OCUPÓ: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE INICIO DEL CARGO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE CULMINACIÓN DEL CARGO: \_\_\_\_\_  
2) ¿JUSTED ES FAMILIAR DE UN PEPS, EN EL 2do GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES/HIJOS/ABUELOS/NIETOS) O EL 1ERO DE AFINIDAD (CONYUGUE) SI  NO   
EN CASO DE SER FAMILIAR, DE UN PEP, INDICAR SU RELACIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PEP: \_\_\_\_\_ CARGO E INSTITUCIÓN DEL PEP: \_\_\_\_\_  
3) ¿JUSTED TRABAJÓ O ES COLABORAR CERCANO DE UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP) SI  NO   
EN CASO DE SER COLABORADOR, O EMPLEADO DE UN PEP, INDICAR SU RELACIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PEP: \_\_\_\_\_ CARGO E INSTITUCIÓN DEL PEP: \_\_\_\_\_

**PERFIL FINANCIERO / NIVEL DE INGRESOS**

Total de ingresos Mensuales por actividad declarada:

INGRESOS: \_\_\_\_\_  
EGRESOS: \_\_\_\_\_

Total de ingresos Mensuales por actividad diferente:

Fuente de Otros Ingresos: \_\_\_\_\_  
INGRESOS: \_\_\_\_\_

Situación Financiera:

Total Activos(a)	Total Pasivos(b)	Total Patrimonio(a-b)

**ACCIONISTA CON EL 10% O MAS DEL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO DE LA EMPRESA**

Razón Social / Nombre	Número de Identificación	Nacionalidad	Nombre del Representante Legal (si el accionista es PJ)	Número de Identificación	Nacionalidad	Actividad ocupacional y / o cargo	Porcentaje de participación %


**CUESTIONARIO PARA REASEGURADORAS-COASEGURADORA-BROKER DE REASEGUROS**

PREGUNTAS	SI / NO / N/A	Justifique si su respuesta es NO o N/A
1.- Ud. está regido por leyes y/ o normas legales para prevenir el lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	
2.- Dispone de procedimientos o controles para prevenir el lavado de activos que incluya:		
Guías para el conocimiento de clientes	<input type="checkbox"/>	
Guías para la creación y conservación de registros de clientes	<input type="checkbox"/>	
Revisión independiente de su programa de Prevención	<input type="checkbox"/>	
Programa de capacitación interno	<input type="checkbox"/>	
Procesos de debida diligencia	<input type="checkbox"/>	
Monitoreo de las operaciones de sus clientes	<input type="checkbox"/>	
Reporte o respuestas a autoridades competentes	<input type="checkbox"/>	
Código de Ética	<input type="checkbox"/>	
3.- ¿ Ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos?	<input type="checkbox"/>	Justifique si su respuesta es SI
4.- ¿ Cuenta con Certificación ISO?	<input type="checkbox"/>	

**ADJUNTAR**

<input type="checkbox"/>	COPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y PERSONAS QUE SEAN FIRMAS AUTORIZADAS DE LA EMPRESA(DE SER EL CASO)
<input type="checkbox"/>	PERMISO DE FUNCIONAMIENTO OTORGADO POR EL ENTE DE CONTROL.
<input type="checkbox"/>	CALIFICACIÓN DE RIESGO DE LA ENTIDAD (DE SER EL CASO)

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Entrega de fondos: conecedor (a) de las penas de perjurio, declaro que el origen de los valores cancelados a la compañía de seguros ecuatoriano suiza s.a. por las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré, por la (s) póliza (s) adquirida(s), son y provienen de actividades lícitas y que la información arriba detallada es de absoluta responsabilidad de quien suscribe este documento; así mismo declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conozco la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la compañía cualquier cambio en la información que hubiere 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 inequívoca 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](http://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 envío de un correo electrónico a la dirección: [dpo@ecuasuiza.ec](mailto: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.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Prestador de Servicios de seguros**  
**C.C.**

**USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

CERTIFICO HABER REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN EL PRESENTE FORMULARIO Y LA DOCUMENTACIÓN ADJUNTA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE

Nombre y Firma del Responsable: \_\_\_\_\_







