

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES**  
(Persona Jurídica)

V.012024

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, y será utilizada para la emisión de pólizas por HDI-Seguros S.A. El formulario debe ser llenado con claridad y sin tachones o enmendaduras, con la finalidad de cumplir con las disposiciones normativas en materia de Prevención, Detección y Erradicación de Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.

**Información General de la Empresa**

Razón Social:				RUC:	
Actividad económica:					
Lugar de constitución:	Fecha de constitución:		<b>Dirección</b>	País:	
	Provincia:	Ciudad:	Calles:		
Situación Legal:	Activa	Liquidación	Cancelada		
Teléfonos:	Celular:	Correo electrónico corporativo:			

**Información del Representante Legal o Apoderado**

Nombres:						Apellidos:				
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:			Nacionalidad:						
Tipo de identificación:	C.I:	<input type="checkbox"/>	RUC:	<input type="checkbox"/>	Pasaporte:	<input type="checkbox"/>	N° ID:			
Dirección de domicilio:	País:		Provincia:			Ciudad:				
	Calle principal:			N°:	Calle transversal:					
Celular:	Correo electrónico corporativo:									
Estado civil:	Soltero:	<input type="checkbox"/>	Casado:	<input type="checkbox"/>	Divorciado:	<input type="checkbox"/>	Viudo:	<input type="checkbox"/>	Unión de hecho:	<input type="checkbox"/>

**Información del Cónyuge o Conviviente Legal (si aplica)**

Nombres:						Apellidos:			
Número de ID:					Nacionalidad:				

**Vínculos del Contratante (en caso de que la persona sea diferente)**

**\*NO OLVIDE ENTREGAR UN FORMULARIO DE VINCULACIÓN ADICIONAL SI EL CONTRATANTE ES UNA PERSONA DIFERENTE AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO**

Relacionados	Nombres y apellidos / parentesco	No. Identificación
Solicitante		
Asegurado		
Beneficiario		

**Información Financiera**

Total ingresos fijos anuales:			Total egresos fijos anuales:		
Total Activos:			Total Pasivos:		
¿Posee ingresos diferentes a la actividad económica descrita anteriormente?	Sí	No			
Señale el monto de sus otros ingresos (si aplica):					
Especifique la fuente de sus otros ingresos:					

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES**  
(Persona Jurídica)

Socios/Accionistas de la empresa. Registrar a quienes poseen el 10% o más de acciones o participaciones (hasta determinar la persona natural, accionistas jurídicos, representantes legales o apoderado; adjuntar lista si es necesario)

Identificación	Nombres y apellidos completos o Razón Social	Nacionalidad	Tipo de inversión (nacional- extranjera)	Capital	Participación %

**Datos de la Relación Comercial**

Señale tipo de póliza a contratar:  Suma asegurada:

**Declaración sobre la condición de persona expuesta políticamente (PEP). Aplica al Representante Legal o Apoderado**

Usted desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero, o en alguna organización internacional (desde el 5 al 10 grado de la escala de la RMU) tales como: Presidente y Vicepresidente de la República, Ministros y Viceministros, Asambleístas (principales y alternos), Superintendentes, Intendentes Nacionales, Regionales, Secretarios de Gobierno, Asesores, Directores Nacionales, Regionales o Provinciales, Coordinadores, Gerentes y Subgerentes de Empresas o Banca Pública, Alcaldes, Vicealcaldes, Prefectos, Viceprefectos, Diplomáticos, Embajadores, Cónsules, entre otros.

Sí No

Si la respuesta es Sí llenar los siguientes campos:

**Cargo:**

**Institución:**

**Fecha de ingreso:**

**Fecha de salida:**

Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (abuelos/nietos/hermanos) o 1er. de afinidad (cónyuge/suegros/yerno/nuera)

Sí No

Si la respuesta es Sí llenar los siguientes campos:

**Parentesco:**

**Nombres y apellidos del PEP:**

**Cargo del PEP:**

**Declaraciones de Colaboradores Cercanos**

Usted trabaja o es colaborador cercano con una Persona Expuesta Políticamente (PEP), de forma directa: Sí No

Si la respuesta es Sí llenar los siguientes campos:

**Nombres y apellidos del PEP:**

**Cargo del PEP:**

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES**  
(Persona Jurídica)**Declaraciones y Autorizaciones**

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en el presente formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa, verificable y proporcionada de manera confiable y actualizada. Me comprometo a comunicar oportunamente a HDI-Seguros S.A. los cambios que se susciten en cuanto a la información y documentación proporcionada y a proveer cuanto documento o información adicional que me sea solicitada.

**Declaración de origen lícito de recursos:** Declaro libre y voluntariamente que las transacciones y/u operaciones que he efectuado o efectuaré con HDI-Seguros S.A. no provienen ni provendrán de fondos obtenidos de forma ilegítima o vinculados con negocios de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos. Además, declaro que los recursos pagados por HDI-Seguros S.A., con ocasión de las posibles indemnizaciones derivadas del contrato de seguros, serán utilizados de forma lícita.

**Autorización de Tratamiento de Datos**

En mi calidad de Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de la Política de Tratamiento de Datos Personales de HDI-Seguros S.A. que se encuentra disponible en la página web [www.hdiseguros.com.ec](http://www.hdiseguros.com.ec) b) Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su Reglamento y demás normas ampliatorias y/o modificatorias. Brindo mi consentimiento libre y expreso para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para la ejecución de los contratos celebrados con HDI-Seguros S.A., ii) para control, reporte y prevención de fraude, iii) para control, reporte y prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, v) para la elaboración de los estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI-Seguros S.A.
3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecer otros productos y servicios de HDI-Seguros S.A.

**Autorización para Transferencia de Datos**

Brindo mi consentimiento libre y expreso para que cualquier información incluida en este documento o derivada de los contratos celebrados con HDI-Seguros S.A. sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la matriz de HDI-Seguros S.A., sus subsidiarias y filiales de la matriz o de HDI-Seguros S.A., a las personas jurídicas vinculadas al grupo de empresas de la matriz, ii) a las personas jurídicas que administren bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, la elaboración de estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por HDI-Seguros S.A. en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido iv) a terceras partes que requirieran la información para prestación de servicios derivados del contrato de seguros.

**Autorización Tratamiento de Información Financiera, Comercial y/o Crediticia**

Autorizo a HDI-Seguros S.A. para que, con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte y/u obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio de servicios y personales de las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Ecuador.

**Documentos requeridos**

Copia de Registro Único de Contribuyentes (RUC)

Certificado de Cumplimiento de Obligaciones otorgado por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (si aplica)

Nómina actualizada de accionistas o socios, obtenida por el cliente en el órgano de control o registro competente; para el caso de fundaciones, ONG's, congregaciones, organizaciones sociales, condominios/edificios consultar a su asesor comercial. Para el caso de Embajadas no aplica este documento

## FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES (Persona Jurídica)

### Documentos requeridos

Estados financieros, mínimo de un año atrás

Copia del Nombramiento del Representante Legal o Apoderado

Copia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal o Apoderado

Copia de la escritura de Constitución y sus reformas, de existir éstas

Confirmación del pago del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el SRI en su página web de acceso público (**únicamente si la suma asegurada supera los \$ 200.000**)

Copia de cédula de ciudadanía del cónyuge del RL o Apoderado (si aplica)

### Firma del Representante Legal

Nombres y apellidos:

Firma del Representante Legal

Ciudad:

Día:

Mes:

Año:

### Datos del Asesor Productor de Seguros / Ejecutivo Comercial

Nombre o Razón Social	No. Credencial	Nombre y cargo del ejecutivo encargado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que he revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y la documentación e información solicitada cumple con lo establecido en la norma legal vigente. Además, verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma bróker /ejecutivo comercial

Fecha: