

# Formulario de Vinculación “Conozca a su Cliente”

## Persona Jurídica

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa respecto de la Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, le solicitamos llenar el presente formulario. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

Señale si la Relación Comercial es	<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Fecha
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------

### 1. Datos de vinculación

Señale si ustedes	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario
-------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Indique los vínculos existentes entre:

Solicitante - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Solicitante - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro

### 2. Datos de la persona jurídica

RUC No.	Razón Social	Objeto Social	Fecha de Constitución
Actividad Económica			Provincia Ciudad
Tipo de Empresa	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Compañía Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> ONG/Fundación <input type="checkbox"/> SAS		
Dirección	Calle Principal	No.	Transversal
Correo Electrónico		Teléfono/Celular	

### 3. Información del representante legal o apoderado

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
Lugar y Fecha de Nacimiento		Nacionalidad		
Correo Electrónico		Teléfono/Celular		

### 4. Información del cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado (en el caso de que aplique)

Tipo de Documento	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				

### 5. Situación financiera

Detalle sus ingresos mensuales (USD) provenientes de su actividad económica, de acuerdo a los siguientes rangos:

<input type="checkbox"/> De 0 a 10.000	<input type="checkbox"/> De 10.001 a 20.000	<input type="checkbox"/> De 20.001 a 50.000	<input type="checkbox"/> De 50.001 a 100.000
<input type="checkbox"/> De 100.001 en adelante	Total Activos	USD	Total Pasivos USD
Patrimonio	USD		

### 6. Detalle de Accionistas

Detalle los nombres y datos de los accionistas que posean más del 10% de composición accionaria:

Tipo de Documento	No. Documento	Nombres Completos	Nacionalidad	% de Composición Accionaria
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Pasaporte				

### 7. Propósito de la relación comercial (para uso de comercial o asesor productor)

<input type="checkbox"/> Ramos Generales	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Vida	Valor Asegurado	USD
--	--	-------------------------------	-----------------	-----

### 8. Declaración de información

**Declaración de Licitud de Fondos:** Declaro que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuaré con Chubb Seguros Ecuador S.A., tienen procedencia lícita, no ligada con actividades de narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad inusual tipificada en la “Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y de Financiamiento de Delitos”.

**Declaración de Licitud de información:** Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y confiable. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como comunicar y documentar de forma inmediata a Chubb Seguros Ecuador S.A., cualquier cambio en la información durante la vigencia de la relación comercial. Me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada y autorizo expresamente a que ésta sea verificada a través de los medios que se consideren necesarios tal como Burós de Crédito autorizados por la Superintendencia de Bancos o cualquier otro medio.

**Autorización:** Autorizo a Chubb Seguros Ecuador S.A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro. Así mismo autorizo el archivo, procesamiento y administración de mis datos de acuerdo a sus mejores prácticas.

# Formulario de Vinculación “Conozca a su Cliente”

## Persona Jurídica

### 9. Documentos a adjuntar

a) Copia certificada del Nombramiento del Representante Legal o Apoderado	<input type="checkbox"/>
b) Copia de documento de identificación del Representante Legal o Apoderado	<input type="checkbox"/>
c) Estados Financieros del último año	<input type="checkbox"/>
d) Nomina de Socios/ Comité directivo (aplicable para sociedades no reguladas por la SCVS)	<input type="checkbox"/>

**Nota: de acuerdo con la ley de Prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y la Resolución JPRF-2022-0025, la Compañía podrá solicitar en cualquier momento documentación o información extra que considere pertinente para su correcta evaluación y perfil de riesgo.**

Para el caso de edificios se solicitará la siguiente información

- a) Nombramiento de Administrador
- b) Copia de documento de identificación de administrador
- c) Balance general de la administración
- d) Acta de nombramiento de administrador

### 10. Justifique falta de información

Observación	
-------------	--

### 11. Declaración de persona expuesta políticamente (PEP)

<b>Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero.</b>	SI	NO
--	----	----

Indicar el nivel jerárquico superior o cargo que desempeña o desempeñó:	
---	--

Si la respuesta es SI llenar los siguientes campos:	Cargo:	Institución:	Fecha de culminación o inicio del cargo
---	--------	--------------	---

Usted es familiar de un PEP, en el 2do. grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/nietos) o 1er. de afinidad (cónyuge)	SI	NO
--	----	----

En caso de ser familiar; colaborar o empleado de un PEP, indicar la relación:	Nombres y Apellidos del PEP:	Cargo e institución del PEP:
---	------------------------------	------------------------------

### 12. Cláusula de Tratamiento de datos

Chubb Seguros Ecuador S.A. (“Chubb”) será responsable del tratamiento de: (i) los datos personales de las personas firmantes de este documento (“Usted”); y ii) los datos personales de otras personas (“Terceros”) que Usted comunique o transfiera a Chubb (“Datos de Terceros”). Chubb tratará los datos referidos con la finalidad de ejecutar los contratos de seguros que se suscriban entre Chubb y Usted y/o entre Chubb y los Terceros, así como de aquellos que sean necesarios para cumplir sus obligaciones legales. Para más información de los tratamientos de Chubb, podrá visitar la política de privacidad en <https://www.chubb.com/ec-es/> Los términos incluidos en esta cláusula tendrán el alcance establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y demás regulación relacionada (“Regulación”). Usted declara que es el responsable de tratamiento de los Datos de Terceros previo a la transferencia o comunicación a Chubb, que cuenta con base legítima adecuada y previa para tratar y comunicar los Datos de Terceros a favor de Chubb, y que es el único responsable de observar los demás requisitos establecidos en la Regulación. Asimismo, Usted será responsable exclusivo de la veracidad, suficiencia y exactitud de los datos personales facilitados a Chubb, sin perjuicio de que los interesados puedan ejercer sus derechos de rectificación y acceso. Usted se obliga expresa e incondicionalmente a indemnizar y resarcir de cualquier daño o perjuicio ocasionado a Chubb o a cualquiera de sus oficiales, empleados, accionistas, mandatarios, asesores o representantes, derivados de: (i) cualquier tipo de reclamos, cobros, procesos contenciosos, pérdidas, daños, costos, penalidades o gastos (incluyendo gastos legales) que surjan por causa o con ocasión del incumplimiento de Usted o la de sus encargados del tratamiento de datos personales, de lo previsto en la presente cláusula y/o en la Regulación; (ii) cualquier infracción, multa y/o sanción (incluyendo gastos legales) que eventualmente pudiera imponerle a Chubb o a cualquiera de sus oficiales, empleados, accionistas, mandatarios, asesores o representantes la Autoridad de Protección de Datos Personales o cualquier otra instancia competente, como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de la presente cláusula y/o de la normativa aplicable en materia de protección de datos por parte de Usted y/o de sus encargados de tratamiento. Tras la terminación del Contrato, ambas Partes se comprometen a eliminar inmediatamente todas las copias de los Datos Personales que sean de dominio exclusivo de la otra Parte y que, no sean necesarias para la continuidad del negocio de la otra parte.

### 13. Firma del ejecutivo o el asesor productor

Declaro haber cumplido con el proceso de la Política “Conozca a su Cliente”, de acuerdo a lo requerido en la normativa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

Firma

Nombre del Asesor Productor	Nombre del Ejecutivo	No. de Credencial
-----------------------------	----------------------	-------------------

### 14. Firma del solicitante y/o asegurado

Firma	No. Documento
-------	---------------