



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES

PERSONAS JURÍDICAS

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada para la emisión de pólizas por Liberty Seguros S.A.

(1).- DATOS EMPRESA CONTRATANTE

Razón Social:		RUC N°:		País:	
Actividad Económica:		Objeto Social:		Fecha Constitución:	
				Día	Mes
				Año	
DIRECCIÓN:		Calle principal		No. Transversal	
				Ciudad:	
Teléfonos:		Fax No.:		Dirección Electrónica:	
La empresa es:		Si es "Otro" Especifique: _____			
Sector de Mercado:		Actividad Económica			

(2).- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		Tipo Documento ID.:		
						No. De Identificación:		
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:		Día	Mes	Año	Nacionalidad:	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Calle principal		No. Transversal		Ciudad:		
Teléfono Residencia:		Celular No.:		Correo Electrónico:				
Estado Civil:		Nombres Cónyuge o conviviente Legal:		Identificación No:				

(3).- VINCULOS DEL CONTRATANTE (Según corresponda al tipo de ramo)

Relacionados	Parentesco / Relación (Tabla 14 SBS)	No. ID	Apellidos	Nombres Completos
Asegurado				
Asegurado				
Asegurado				

En caso que existan varios beneficiarios, debe adjuntar un listado detallando su parentesco, número de identificación, apellidos y nombres

(4).- INFORMACION FINANCIERA

Ingresos mensuales: USD\$	Total Activos:	Total Pasivos:
---------------------------	----------------	----------------

(5).- DATOS DE LA RELACION COMERCIAL

Tipo Ramo:	Tipo Póliza	Total Suma Asegurada \$:
------------	-------------	--------------------------

(6).- DECLARACIÓN

Declaración:
 Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiéndome a comunicar oportunamente a LIBERTY SEGUROS S.A., los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; Además declaro que la relación con LIBERTY SEGUROS S.A., tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaración de PEP (Persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior)
 Declaro que YO, o mi cónyuge, o mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores cercanos SI ____ NO ____ desempeñamos o hemos desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, como por ejemplo: Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc.; o que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional.

Autorización
 Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a LIBERTY SEGUROS S.A, para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información, cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.

Nota: El contratante acepta que puede acceder a su factura en formato electrónico a través del portal web www.liberty.ec en la sección Facturación Electrónica, para libre consulta y descarga.

Firma del Representante Legal
C.C.

(7).- DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS

Nombre o Razón Social:	No Credencial:
Nombre del Ejecutivo encargado:	Cargo:

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 Corredor

(8).- USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Confirmando que el formulario de vinculación está correctamente diligenciado y se adjunta la documentación requerida en el mismo para la vinculación de clientes.

Revisión de listas: SI

Nombre funcionario que realizó el proceso de revisión: _____

Firma Funcionario _____ / ____ / ____ / ____ / Fecha

(9).- DOCUMENTOS REQUERIDOS - PERSONA JURIDICA

Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir éstas; (para el caso de fundaciones, ONG's u otro tipo de institución, copia del acuerdo ministerial o instrumento legal que acredite la personería jurídica y su existencia legal) 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 u otro tipo de institución, copia de la Nómina del comité administrativo o directiva) Certificado de Cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente (para el caso de fundaciones, ONG's u otro tipo de institución, Certificado de Cumplimiento de Obligaciones con el SRI) Estados financieros, mínimo de un año atrás auditados, si aplica Copia de recibo de pago de un servicio básico (agua, luz o teléfono) debe corresponder a los últimos 3 meses Copia Certificada del Nombramiento del Representante Legal o Apoderado Copia de la cédula de identidad o documento de identificación del Representante Legal o Apoderado Copia de la cédula de identidad o documento de identificación del Cónyuge del Representante Legal o Apoderado Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada por el Servicio de Rentas Internas a través de su página web, de ser aplicable. (Cuando la suma asegurada acumulada sea mayor a US\$ 200.000)	NOMBRE Y FIRMA ASESOR COMERCIAL Nombre: _____ Firma: _____
---	---