

FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR (Persona Natural)

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

Declaración:

Declaro bajo juramento que: **Sí** ☐ **No** ☐ me encuentro ejerciendo un cargo considerado políticamente expuesto.

En caso de que la respuesta sea positiva, indicar:

Cargo: **Función:** **Jerarquía:**

Entidad donde desempeña tal función:

Fecha del nombramiento de designación de cargo:

Fecha de culminación de cargo (en caso de aplicar):

Adicional indicar si usted mantiene alguna de las siguientes relaciones mencionadas:

Tipo de relación:

En caso de que su respuesta sea afirmativa colocar la siguiente información:

Colaborador directo	Sí ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:
Relación empresarial (por afinidad)	Sí ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:
Relación societaria	Sí ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:
Relación comercial	Sí ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:

DECLARACIONES

A través de la suscripción del presente documento acepto que mantendree libre e ileso a cualquier persona, empresa, entidad, institución o agencia gubernamental de toda responsabilidad con respecto a la entrega de la información a Seguros Atlántida S.A. Además, mediante este documento procedo a liberar y mantener a Seguros Atlántida S.A., sus accionistas, directores y empleados, ilesos de todo reclamo, gastos y responsabilidades con respecto a la recepción de esa información. Comprendo que la investigación de información general llevada a cabo por Seguros Atlántida S.A., incluirá la recopilación de información acerca de mis datos financieros y laborales, educación, reputación y búsquedas de información pública disponible, incluidos los litigios civiles y/o penales y los registros de antecedentes penales.

Conocedor del delito del perjurio, declaro:

- Que no he sido vinculado ni sentenciado por delitos relacionados al lavado de activos, financiamiento del terrorismo u otros delitos.

- Que los datos e información suministrada en el presente documento es verdadera, fidedigna y actualizada. Así mismo, autorizo a Seguros Atlántida S.A., en forma expresa e irrevocable, a verificar mis referencias y obtener información comercial, bancaria y financiera con quienes considere conveniente e informe a las autoridades competente si fuera el caso.

Declaración de licitud de fondos: Declaro libre y voluntariamente que las transacciones que he efectuado o efectuaré con Seguros Atlántida no provienen ni provendrán de fondos obtenidos de forma ilegítima, ilícita o vinculados con negocios de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos. Además, que los recursos pagados por Seguros Atlántida S.A. serán utilizados de forma lícita.

FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR (Persona Natural)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo establecido en la constitución de la República del Ecuador y Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador declaro que conozco específicamente el tratamiento que se dará a mis datos y espresamente acepto y autorizo a Seguros Atlántida S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado, en sus servicios tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la concordancia a lo prescrito en la Ley.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

¿Mantiene usted relación con algún colaborador de Seguros Atlántida o socio comercial?

Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, especificar:

Nombre Completo:

Tipo de parentesco:

Cargo Colaborador Seguros Atlántida:

Tipo de socio comercial:

DOCUMENTOS A ADJUNTAR JUNTO CON EL FORMULARIO

Conozco la obligación que tiene la compañía de actualizar los datos contenidos en este formulario, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a Seguros Atlántida S.A., cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigilia de la relación con Seguros Atlántida S.A., me comprometo a proveer la documentación e información que sea solicitada.

	Si	No
• Copia de RUC		
• Cédula de ciudadanía del proveedor		
• Certificado banario actualizado		

FIRMA DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor: Firma:
Lugar: Día: Mes: Año:

**FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR
(Persona Natural)**

Seguros Atlántida S.A. efectúa procedimientos de debida diligencia respecto a las operaciones de nuestros proveedores, que nos permita establecer perfiles de comportamiento, con el fin de dar cumplimiento a la normativa vigente. Este formulario servirá como un medio de obtención de información, la información, la misma que Seguros Atlántida mantendrá en confidencialidad. El personal de Seguros Atlántida S.A. podría contactarse con usted en caso de tener alguna pregunta adicional.

Los campos no deben quedar en blanco, de no tener respuesta alguna deberá colocar N/A.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombres:		Apellidos:	
Lugar y fecha de nacimiento:		Nacionalidad:	
Tipo de identificación :	C.I.: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐
	No ID:		
	País:	Provincia:	
	Cantón :	Ciudad:	
Dirección:	Calle principal:	No:	
	Calle transversal:	Referencia:	
Teléfono:		Celular:	
	Correo electrónico:		

INFORMACIÓN FINANCIERA

Origen de ingresos:	
Total Activos:	
Total Pasivos:	
Ingresos Anuales:	
¿Posee ingresos diferentes a la actividad principal descrita anteriormente?	Si ☐ No ☐
Ingresos diferentes de la actividad económica principal descrita anteriormente:	USD
Fuente de otros ingresos:	

PAGOS POR TRANSFERENCIA - DATOS BANCARIOS

Se deberá incluir los datos bancarios únicamente del proveedor registrado y no de un tercero

Concepto de pago:	
Banco:	
Número de cuenta:	
Tipo de cuenta:	
E-mail:	