



## FORMULARIO DE PRESTADOR DE SERVICIO DE SEGUROS

Para ACE Seguros S.A. es importante conocer más de su actividad y dar cumplimiento a la normativa establecida por la Superintendencia de Bancos y Seguros. Agradecemos complete este formulario, marcando con una 'X' en las casillas que le corresponde. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad.

CIUDAD: QUITO FECHA: 9 9 2014

TIPO DE PRESTADOR: Reaseguradores  Intermediarios de reaseguros   
Peritos de Seguros  Asesores Productores de Seguros

### 1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURÍDICA: ADUASEG S.A. TIPO DE ID: RUC  CÉDULA   
OBJETO SOCIAL: ASESORES PRODUCTORES DE SEGUROS NÚMERO ID: 1791422937001  
ACTIVIDAD ECONOMICA: ASESORES PRODUCTORES DE SEGUROS  
FECHA DE CONSTITUCIÓN:    PAÍS DE CONSTITUCIÓN: ECUADOR  
DÍA MES AÑO  
NÚMERO DE CREDENCIAL OTORGADA POR LA SBS: 656  
DOMICILIO: CALLE MARIANA DE JESÚS E 7-8 Y LA PRADERA OF 804 EDIF BUSINESS PLUS LA PRADERA  
PAÍS: ECUADOR PROVINCIA: PICHINCHA CANTÓN/CIUDAD: QUITO  
Teléfonos: 2560034 / 2560102 Fax: Correo Electrónico: [maguirre@aduaseg.com](mailto:maguirre@aduaseg.com)

### 2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO: AGUIRRE SEGUNDO APELLIDO: MONCAYO  
NOMBRES: MARCO ANTONIO  
TIPO DE IDENTIFICACION: C.C.  RUC  PASAPORTE  NÚMERO ID: 1708437148  
FECHA DE NACIMIENTO: 23 10 1964 LUGAR DE NACIMIENTO: QUITO  
DÍA MES AÑO  
DOMICILIO DEL DOMICILIO: TEMISTOCLES TERAN S/N Y GARCIA MORENO CONJ SAN AGUSTIN CASA 14 A CONOCOTO  
Teléfonos: ##### Fax: Correo Electrónico: [maguirre@aduaseg.com](mailto:maguirre@aduaseg.com)

### 3. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

Mantiene la institución/empresa algún proceso de prevención de lavado de activos  SI  NO  x  
¿Bajo el análisis gubernamental que lo supervisa?  
Nombre del Oficial de Cumplimiento (Si aplica):  
Correo Electrónico: Teléfono:

Las políticas, procedimientos y controles de lavado de activos y financiamiento de delitos de su empresa incluyen:

Procedimientos para el conocimiento de clientes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Procedimientos para conservación de registro de clientes?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Programa de capacitación interno	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Monitoreo de las operaciones de sus clientes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Reportes a autoridades locales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Código de Ética	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Procedimiento para relacionarse con PEP's (Personas Políticamente Expuestas)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Su institución ha sido objeto de investigación o sanciones por no aplicar medidas de prevención de lavado de activos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**DATOS ADICIONALES**

En caso de ser persona jurídica ¿Tiene la empresa algún plan de contingencia? SI  NO   
Trabaja en su empresa algún familiar de los empleados o directivos de ACE SI  NO   
De ser afirmativa la respuesta, por favor proporcione nombre y cargo \_\_\_\_\_

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA INFORMACIÓN**

Declaro expresamente que:

1. Todas las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuare con la Compañía no provienen de ninguna actividad ilícita
2. Que la información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente conforme a los procedimientos que para el efecto tenga establecida la compañía.
3. Autorizo de manera permanente e irrevocable a la Compañía a solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar, actualizar o entregar a las Autoridades Competentes, Organismos de Control y/o instituciones legalmente facultadas, la información contenida en este formulario. Renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de ACE Seguros S.A.

**5. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS A ADJUNTAR**

Por favor incluir al presente formulario los siguientes documentos:

**Para Personas Naturales**

- Copia de cédula de identidad (y del cónyuge de ser aplicable)
- Copia del Registro Único de Contribuyentes (RUC)
- Copia de pago de un servicio básico
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el organismo de control (si es aplicable)

**Para Personas Jurídicas**

- Copia de cédula de identidad del Representante Legal o Apoderado (y del cónyuge de ser aplicable)
- Copia del nombramiento del Representante Legal
- Copia de la escritura de constitución y sus reformas
- Nómina de Socios o Accionistas en la que conste el número de acciones
- Estados Financieros mínimo un años atrás
- Copia del Registro Único de Contribuyentes (RUC)
- Copia de pago de un servicio básico
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el organismo de control
- Calificación de Riesgos (Aplicable para Reaseguradores)

Justifique en caso de falta de información: \_\_\_\_\_

**6. FIRMA**

**ADUASEG S.A.**

FIRMA AUTORIZADA

c.c. 170843714-8

**7. PARA USO INTERNO DE ACE Seguros S.A.**

Ejecutivo de ACE: \_\_\_\_\_  
Aprobado por: \_\_\_\_\_

FECHA:     
DÍA MES AÑO