SEGUROS COLÓN

FORMULARIO PERSONA JURÍDICA

Fecha: _____/_____/_____/

Documento sujeto a la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Combate del Delito de Lavado de Activos y de la Financiación de Otros Delitos (Cuarto Supl. R.O. No. 610, 29-jul-2024), su Reglamento General (Decreto Ejecutivo No. 298, Supl. R.O. No. 216, 2-feb-2026), y la Resolución JPRF-T-2025-0158. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco. Ésta información deberá ser actualizada cada año.

Nuevo: ☐
Renovación: ☐

1 DATOS BÁSICOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL:	**FECHA DE CONSTITUCIÓN:** _____/_____/_____/
OBJETO SOCIAL Resumen de lo especificado en constitución.	**R.U.C:**
	No. ANÁLOGO:

DIRECCIÓN:		**E-MAIL:**	
PAIS:	**PROVINCIA:**	**CIUDAD:**	**CANTÓN:**
EMAIL RECEPCIÓN DE FACTURA ELECTRÓNICA:		**TELÉFONO (S):**	

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

Su institución tiene relación directa o indirecta con compañías o personas naturales establecidas en el exterior? **SI** ☐ **NO** ☐

Si es afirmativo indique:

EMPRESA O PERSONA NATURAL	TIPO DE RELACIÓN (CLIENTE/PROVEEDOR/SUCURSAL/AFILIADA/SUBSIDIARIA)	PAÍS

3 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS:	**C.I./PASAPORTE:**	**ESTADO CIVIL:**	**SEXO:** M ☐ F ☐
REPRESENTANTE LEGAL ☐ **APODERADO** ☐	**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:**	**EMAIL:**	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:			
PAÍS:	**CIUDAD:**	**TELÉFONO (S):**	**CELULAR:**

4 DATOS DE CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS:	**C.I./PASAPORTE:**	**TELÉFONO:**

5 SITUACION FINANCIERA

ACTIVOS	PASIVOS	PATRIMONIO	INGRESOS ANUALES
TOTAL $ _____	TOTAL $ _____	TOTAL $ _____	TOTAL $ _____

6 DATOS SOBRE LA RELACION COMERCIAL CON SEGUROS COLÓN

PROPÓSITO DE LA RELACION COMERCIAL:

7 DECLARACIÓN SOBRE CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

Los accionistas de la empresa o sus familiares* se encuentran ejerciendo o han ejercido dentro del **último año** funciones públicas; o que sin ocupar cargo público alguno tiene ingerencia política a nivel nacional o internacional ? SI ☐ NO ☐ DESDE: _____/_____/_____/ HASTA: _____/_____/_____/

Nombre:_____ Cargo: _____

Institución: _____ Parentesco: _____

*Cónyuge y familiares comprendidos hasta el cuarto grado de consanguinidad (Padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, primos), o segundo de afinidad (Padres, hijos, abuelos, o hermanos del cónyuge).

NOTAS / DECLARACIONES / AUTORIZACIONES DEL CLIENTE

Queda entendido que Seguros Colón S.A., también se podrá denominar en este informe, la Aseguradora, Seguros Colón S.A. o Compañía de Seguros.

Declaro(amos) bajo la gravedad de juramento que los datos asentados en éste formulario son correctos, reconociendo que Seguros Colón S.A. tiene el derecho y está plenamente facultada a comprobar la identidad del solicitante; la vericidad y autenticidad de los datos que hubiese proporcionado; la capacidad crediticia conforme a las sanas prácticas y condiciones del mercado; la realización del avalúo, practicado con un valuador autorizado, y a cumplir con todas las normas y formalidades que establecen las leyes y reglamentos.

Acuerdo(amos) que tengo(emos) una obligación continua de enmendar y/o suplementar la información proporcionada en este formulario si alguno de los hechos esenciales que he(mos) expuesto aquí cambiara antes del cierre de la emisión. En caso de cambio de domicilio y/o teléfono(s) para notificaciones, me(nos) comprometo(emos) a informar a la aseguradora en un máximo de 7 días a partir del cambio. Convengo(imos) que no prosperará el trámite de la solicitud del seguro si falta alguno de los documentos solicitados por Seguros Colón S.A. y que atiende el objeto o al destino de la póliza solicitada.

Autorizamos a la Aseguradora a que efectúe los análisis, verificaciones y todas las indagaciones que razonablemente considere oportuno realizar para comprobar el origen o destino de los fondos recibidos o entregados, sin que la Compañía de Seguros esté obligada a realizar la comprobación de ésta declaración. Así como a las autoridades competentes en caso de llegar a determinar la existencia de operaciones y/o transacciones inusuales e injustificadas, en virtud de lo autorizado, renuncio a instaurar por éste motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Seguros Colón S.A. Y en caso de que se inicien investigaciones sobre mi (nuestras) persona(s), la Compañía de Seguros podrá proporcionar a las autoridades competentes la información que éstas demanden.

Cedo (emos) a favor de Seguros Colón S.A. el cobro de valores por anticipos a recibir y en caso de existir un compromiso de entrega del mismo para su control a la empresa de seguros, reconoce el afianzado que actuará como depositario de dichos valores, mientras la totalidad del anticipo no sea entregado. Cedo(emos) irrevocablemente el cobro de valores por anticipo a recibir, así como por las liquidaciones por planillas a emitirse por los trabajos realizados tanto de contratos garantizados como de otros a los que tuviere derecho, originados por concepto de pago de primas pendientes o ejecuciones de pólizas, facultando a la empresa de Seguros a obtener dicha recaudación mediante cualquier procedimiento que considere adecuado.

Reconozco(cemos) y acuerdo(amos) que la verificación o reverificación de cualquier información contenida en este formulario puede realizarse a través de cualquier fuente de información y en cualquier momento por la Compañía de seguros, sus agentes, sucesores y cesionarios, ya sea directamente o a través de un tercero, y que la copia original de este formulario será retenido por la Aseguradora, aunque la(s) solicitud(es) de póliza(s) no se aprobasen.

Autorizo(amos) expresa e indefinidamente a Seguros Colón S.A. para que obtenga de manera directa o a través de terceros, incluida la Central de Riesgos y Burós de información crediticia, autorizados para operar dentro y fuera del país, mis (nuestras) referencias personales y/o patrimoniales anteriores o posteriores a la suscripción de ésta autorización, sea como solicitante, codeudor o garante, sobre mi (nuestro) comportamiento crediticio, manejo de mi(s) (nuestras) cuenta(s), corriente, de ahorro, tarjetas de crédito, etc, y en general al cumplimiento de mis (nuestras) obligaciones y demás activos, pasivos, datos personales y/o patrimoniales, aplicables para uno o más de los servicios y productos que brindan las Instituciones del Sistema Financiero , Instituciones del Sector Comercial y/o cualquier otra Institución que pueda otorgar información relevante a sus productos o servicios según corresponda.

Faculto expresamente a Seguros Colón S.A. para transferir o entregar dicha información, e incluso lo relacionado a la presente operación a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. Adicionalmente autorizo se proporcione cualquier información de carácter financiero y comercial que requiera un tercer interesado en adquirir la cartera de la Aseguradora.

Conocedor de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los fondos entregados a Seguros Colón S.A. es lícito. Adicionalmente, declaro(amos) que los fondos que se reciban de Seguros Colón S.A. no serán destinados a la realización o al financiamiento de alguna actividad ilícita. Declaro(amos) que los fondos recibidos o entregados no han sido ni serán destinados a ninguna actividad relacionada con el cultivo, la producción, consumo, comercialización de sustancias estupefacientes y sicotrópicas o cualquier otra actividad tipificada en la ley.

Declaro(amos) conocer y aceptar los términos y condiciones, así como el valor que genere por concepto de prima e impuestos de renovaciones solicitadas por mi(nosotros) o por el beneficiario de las pólizas otorgadas por la aseguradora, los mismos que constan expresamente detallados y explicados en el anexo que he(mos) recibido y que forma parte integrante de éste informe.

_____

Firma del Representante Legal o Apoderado

Nombre:

C.C.

DOCUMENTACIÓN PARA ANEXAR AL PRESENTE FORMULARIO

Para sumas aseguradas hasta $200,000.00 adjuntar:	***Adicionalmente, para sumas aseguradas mayores a $200,001.00 y/o en el caso exclusivo para Ramo de Fianzas:***
☐ Copia del RUC (Registro único de contribuyentes). ☐ Copia de la escritura de constitución y sus reformas, de existir éstas. ☐ Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones, otorgada por el órgano de control o registro competente, hasta llegar a la estructura de persona natural. ☐ Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable. ☐ Estados financieros del año anterior. En caso de que por disposición legal, tienen la obligación de contratar auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados. ☐ Copia de un recibo de cualquiera de los servicios básicos. ☐ Copia de cédula de las personas que representan legalmente a la entidad. ☐ Copia de cédula del cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado, de ser aplicable. ☐ Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado.	☐ Declaración del Impuesto a la renta del año anterior, con su respectivo recibo de pago. *(En el caso del ramo de fianzas es obligatorio, sin importar suma asegurada)* ☐ Hoja de vida profesional de la compañía y detalle de obras ejecutadas (adjuntar actas, certificados, entre otros).

LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOLICITADA ES OBLIGATORIA

DATOS DEL CORREDOR O BROKER

Nombre o Razón Social:

Nombre y Cargo del ejecutivo encargado:

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" requerida por la compañía de seguros.

_____/_____/_____/

Firma / C.C. Fecha

USO INTERNO DE LA ASEGURADORA

El cliente ha sido revisado en las listas de información nacionales e internacionales que posee la aseguradora: SI ☐ NO ☐

Declaro haber revisado y verificado la información y documentación solicitada y proporcionada por el cliente de acuerdo a la política "Conozca su Cliente" establecida en el manual de control interno.

Justificativo por no obtención de información: _____

NOMBRE DEL EJECUTIVO QUE REALIZA LA DECLARACIÓN: _____

FIRMA SUSCRIPTOR

VISTO BUENO			
D. D. Simplificada		Pep	
D.D. Ampliada		Riesgo Alto	

Av. Francisco de Orellana y Miguel H. Alcívar, Edificio Las Cámaras, Piso 6
Pbx.: 2681117 Fax: 2682731
Web: www.seguroscolon.com