

Información exclusiva para reaseguradores e intermediarios de reaseguros (si aplica):

En caso de tener calificación de riesgo indique cuál es: _____
¿Tiene políticas de prevención de lavado de activos? SI _____ NO _____
¿Ha sido objeto de sanción por falta de incumplimiento de medidas de PLA? SI _____ NO _____

DECLARACIÓN

Declaro que la información contenida en este formulario, así como toda la documentación presentada, es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado. Además declaro conocer y aceptar que es mi obligación como prestador de servicios de seguros actualizar anualmente estos datos, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con Seguros Sucre S. A., me comprometo a proveer de la documentación e información que me sea solicitada.

Así también, declaro expresamente que mis actividades tienen un origen lícito y que los fondos que recibo de Seguros Sucre S.A. no serán destinados a actividades ligadas con narcotráfico, lavado de dinero o cualquier otra actividad tipificada en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos. Eximo a Seguros Sucre S. A. de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

AUTORIZACIÓN:

Siendo conocedor de las disposiciones legales para reprimir el lavado de activos, narcotráfico y financiamiento del terrorismo autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Sucre S. A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la información detallada en este formulario, e informar a las autoridades competentes si fuera el caso; así mismo autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros Sucre S.A. toda la información que ésta les requiera, inclusive autorizo anticipadamente el levantamiento del sigilo o velo bancario en caso de ser necesario, y revisar los buró de crédito sobre mi información de riesgos crediticios.

Firma de Representante Legal

Lugar y Fecha

Uso exclusivo de Seguros Sucre S.A.

Datos de la relación comercial

Nuevo: _____ Actualización: _____

Nombre y firma del Ejecutivo que verifico la documentación e información:

Nombre: _____

Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el prestador de servicios de seguros y declaro que he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo a lo establecido en la política "Conozca su Prestador de Servicios de Seguros".

Firma

Lugar y Fecha