

FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Jurídica)				
La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por la Compañía para la emisión de pólizas.				
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
Razón Social:			Ruc.No.	
Actividad Económica:			Objeto social:	
Dirección de empresa	Dirección:		Barrio/Sector:	ciudad:
	Correo electrónico:	teléfono:	Fax:	País:
La empresa es: Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Cía Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Sector Público <input type="checkbox"/> Economía Mixta <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____				
Sector Mercado: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Soc. sin fines de lucro <input type="checkbox"/>				
Mail para recibir Factura Electrónica:		Mail para recibir el Formulario de Retención:		Persona de Contacto (Nombre y Apellido):
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO				
Apellidos:			Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:			Número de ID: _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U/Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:
Dirección	domicilio:		Barrio/sector:	ciudad:
	Provincia:	cantón	Parroquia:	País:
Teléfonos	domicilio:		Fax:	E-mail:
	Celular:			
Cónyuge ó conviviente	Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
	Nombres:		Número de ID: _____	
NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS QUE POSEAN MÁS DEL 25% DE PARTICIPACIÓN EN EL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO				
Tipo de persona	No. de identificación	Razón Social / Nombre completo		% Participación
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>				
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>				
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>				
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>				
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>				
DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL				
Tipo de seguro (Ramo): _____ Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Total Suma Asegurada USD. _____				
INFORMACIÓN FINANCIERA				
Situación Financiera	Total de Activos:		Total de Pasivos:	Patrimonio:
EMISIÓN DE FACTURA				
Solicitante <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
Datos en caso de escoger opción OTRO			C.I /RUC No.	Teléfono:
Nombre/ Razón social:				
Dirección			Relación con el solicitante:	
INFORMACIÓN ADICIONAL				
*Si ud. fue referido a la Compañía, favor señalar la referencia:				
Nombres y Apellidos: _____ FAMILIAR <input type="checkbox"/> BROKER <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> Especifique _____				
DOCUMENTOS OBLIGATORIOS REQUERIDOS (ADJUNTAR)				
- Copia de Registro Único de Contribuyentes RUC - Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir éstas. - Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado - Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de las acciones o participaciones obtenidas por el cliente en el órgano de control o registro competente. - Copia de una planilla de servicios básicos actualizada. - Copia de documento de identificación del cónyuge o conviviente, del representante legal o apoderado, si aplica. - Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa, o de quienes representen legalmente a la entidad. - Estados financieros, mínimo de un año atrás. En caso de que por disposición legal, tienen la obligación de contratar a una auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados. - Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable. Sólo para suma asegurada acumulada superiores a US\$ 200,000: - Estados Financieros auditados de ser aplicable - 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.				
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 proporciona la información de modo confiable y actualizado. Así mismo conozco y acepto que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, así como el comunicar y documentar de manera inmediata a la Compañía cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado, y a proveer la documentación e información que me sea solicitada. Además declaro que el origen y destino de todos mis ingresos así como los bienes amparados en el seguro aquí convenido, así como también la prima a pagar o dinero a recibir por parte de la compañía de				

Seguros por concepto de indemnizaciones o cancelaciones anticipadas, tienen origen y propósito lícito y no provienen ni serán utilizados en el lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos.

DECLARACIÓN PEP'S. (Persona expuesta políticamente).- 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 o cualquier dignidad elegida por voto popular, etc. O que, sin ocupar cargo público alguno, tenemos injerencia política a nivel nacional o internacional. **Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEPS otorgado por la compañía.**

AUTORIZACION

Análisis y verificación de datos

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Generali Ecuador compañía de Seguros S. A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro 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 Generali Ecuador compañía de Seguros S.A toda la información que ésta les requiera y autorizo revisar en los buró de crédito mi información.

Datos personales y privacidad

Con el objeto de preservar, ambas partes, los respectivos intereses en lo referente a la protección y responsabilidad en el manejo de la información personal, comercial, patrimonial o de cualquier otra naturaleza, que la Empresa y el Asegurado/Beneficiario intercambien durante la vigencia de la relación jurídica , ambas partes reconocen expresamente la importancia de mantener la seguridad y confidencialidad de dicha información, salvo de aquella que por disposición de la Constitución o de la ley pueda ser considerada pública. Y el Asegurado/Beneficiario por su parte autoriza a la Empresa compartir su información solo en caso de que la misma sea requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva por requerimiento legal de autoridad competente o que su uso sea necesario para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro

Eximo a Generali Ecuador compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

Firma del Representante Legal

C.I _____ Lugar y Fecha _____

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BROKER)

Nombre o Razón social: _____

Nombre del ejecutivo encargado: _____

Declaro haber cumplido con el proceso de vinculación de clientes que estipula la política "Conozca a su Cliente" de la Normativa Vigente; emitida por el Organismo de Control y que es requerida por la compañía de seguros, la misma que ha sido revisada correctamente. Además, se confirma que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

Firma del Responsable

C.I _____ Lugar y Fecha _____

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Confirmando que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo.

Nombre del Ejecutivo encargado: _____

Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha _____