

**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:		
<b>Dirección de empresa</b>	Dirección:		Barrio/Sector:
	Correo electrónico:	teléfono:	Fax:

**La empresa es:** Sociedad Anónima  Cía Limitada  Sociedad de Hecho  ONG  Sector Público  Economía Mixta  Fundación

Otro  Especifique: \_\_\_\_\_

**Sector Mercado:** Comercial  Industrial  Servicios  Financiero  Agrícola  Soc. sin fines de lucro

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"/> Número de ID: _____		
Nombres:			
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:
<b>Dirección</b>	domicilio:		Barrio/sector:
	Provincia:	cantón	Parroquia:
<b>Teléfonos</b>	domicilio:	Celular:	Fax: E-mail:
<b>Cónyuge ó conviviente</b>	Apellidos:		Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número de ID: _____
	Nombres:		

**DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL**

Tipo de seguro (Ramo): \_\_\_\_\_ Nuevo  Renovación  Total Suma Asegurada USD. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Situación Financiera	Total de Activos:	Total de Pasivos:	Patrimonio:
----------------------	-------------------	-------------------	-------------

**EMISIÓN DE FACTURA**

Solicitante  OTRO

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  BROKER  OTROS  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 cualquiera de las planillas de servicios básicos.
- 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 y financiamiento del delito

**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 desempeñados 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.

C.I \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal

**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.

C.I \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha\_\_\_\_\_

Firma del Responsable

**SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

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

Nombre del Ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha\_\_\_\_\_

Firma del ejecutivo