

FORMULARIO SIMPLIFICADO "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				
<input type="checkbox"/> Instituciones financieras o de seguros	<input type="checkbox"/> Seguro contratados por el estado	<input type="checkbox"/> Fianzas para garantizar el cumplimiento con entidades públicas		
<input type="checkbox"/> Soc. sin fines de lucro	<input type="checkbox"/> Sociedad Anónima que cotiza títulos en bolsa y que esté supervisado en PLA	<input type="checkbox"/> Suma asegurada acumulada anual inferior a US\$ 30.000		
<input type="checkbox"/> Pólizas de asistencia Médica				
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:
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"/>				
Si escogió opción OTRO llenar:			C.I /RUC No.	
Nombre/ Razón social:			Teléfono:	
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 - Estados Financieros mínimo un año atrás. - Copia certificada del nombramiento del representante legal o apoderado -Copia del documento de identificación del representante Legal o apoderado.				
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 de fondos, bienes y productos que son asegurados, ni los que reciba producto de un siniestro, provienen ni serán utilizados en el delito de 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 su 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 _____