

**FORMULARIO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Jurídica)**

La información proporcionada en este documento es confidencial y será utilizada por Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. para la emisión de pólizas.

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Razón Social:		Ruc. No. :	
Tipo de inversión:		Objeto social:	
<b>Dirección de empresa</b>	Dirección:	País:	ciudad:
	Correo electrónico:	teléfono:	Actividad económica:
<b>La empresa es:</b> Regulada por la SCVS <input type="checkbox"/> Anónima Multinacional Andina <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Consorcio <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Sociedad Civil <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
<b>Situación Legal de la Compañía:</b> Activa <input type="checkbox"/> Disuelta y Liquidada <input type="checkbox"/> Cancelada <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/>			
<b>Sector Mercado:</b> 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"/> Otros: _____			
Mail para recibir Factura Electrónica:	Mail para recibir el Formulario de Retención:	Persona de Contacto y correo:	

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Apellidos:		<b>Tipo de ID:</b> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Nombres:		<b>Número de ID:</b> _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión de Hecho <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	
<b>Dirección</b>	domicilio:	País:	ciudad:
	Provincia:	cantón	Profesión:
<b>Teléfonos</b>	domicilio:	Celular:	E-mail:
<b>Cónyuge o conviviente</b>	Nombres y Apellidos:		<b>Tipo de ID:</b> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
	Separación de bienes: <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		<b>Número de ID:</b> _____
	Domicilio:		Teléfono:
	Correo:		
Nacionalidad:			

**NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS QUE POSEAN EL 10% O MÁS DE PARTICIPACIÓN EN EL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO**

Tipo de persona	No. De ID	Razón Social / Nombre completo	Nacionalidad	Tipo de Inversión	Capital	%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"/>						

**DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL**

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

**FORMA DE PAGO**

Efectivo   
 Cheque   
 Transferencia   
 Tarjeta de Crédito   
 Tarjeta de Débito

**CANAL DE PAGO**

Nombre de Institución: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_  
 No. De Cuenta o de Tarjeta: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

<b>Situación Financiera</b>	<b>Total de Activos:</b>	<b>Total de Pasivos:</b>	<b>Patrimonio:</b>
	<b>Ingresos Anuales</b>	<b>Gastos Anuales</b>	

**EMISIÓN DE FACTURA**

Solicitante  OTRO

**Datos en caso de escoger opción OTRO**

Nombre/ Razón social:	C.I./RUC No.	Teléfono:
Dirección	Relación con el solicitante:	

**CANAL DE VINCULACIÓN**

**\*Si usted 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 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 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. Si por disposición legal, tienen la obligación de contratar auditoría externa, los estados financieros deberán ser auditados.
- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable.
- Certificado de ingresos mensuales (**aplica para personas expuestas políticamente**)
- Nombramiento del cargo, con período de funciones (**aplica para personas expuestas políticamente**)
- Copia de la Declaración del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior (**aplica para personas expuestas políticamente**)

**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 SRI a través de su página WEB, de ser aplicable.

**DECLARACIÓN**

Yo, declaro ser conocedor(a) de las penas de perjurio y, asimismo, 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. También declaro que 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, 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 (Persona expuesta políticamente). -**

Usted, desempeña o ha desempeñado funciones o cargos públicos en el Ecuador o en el extranjero, o en alguna organización internacional (desde el 5 al 10 grado de la escala de la RMU) tales como: Presidente y Vicepresidente de la República, Ministros y Viceministros, Asambleístas (principales y alternos), Superintendentes, Intendentes nacionales, regionales; Secretarios de gobierno, Asesores, Directores Nacionales, Regionales o Provinciales, Coordinadores, Gerentes y subgerentes de empresas o banca pública; Alcaldes, Vicealcaldes, Prefectos, Viceprefectos; Diplomáticos, embajadores, cónsules, etc.

SI  NO  Si la respuesta es SI, favor llenar formulario de PEP otorgado por la compañía.

**AUTORIZACIÓN. -**

**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, en consecuencia, renuncio a instaurar cualquier acto civil, administrativo o penal en contra de la compañía y/o sus empleados y/o filiales y/o subsidiarias. 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 autorizando a revisar en los burós de crédito, mi información.

**Tratamiento de Datos personales**

Con el objeto de preservar, 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, las partes acuerdan que Generali Ecuador Compañías de Seguros S.A., sus subsidiarias, filiales a nivel nacional e internacional, intercambien durante la vigencia de la relación jurídica la información concerniente a la misma y la declarada en el presente documento. A tales efectos, las 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. Autorizo a Generali Ecuador Compañías de Seguros S.A. a compartir su información con terceras personas 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.

He sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que los datos personales que comparto son accedidos y tratados por GENERALI, con el objetivo de garantizar la calidad del servicio. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales y sensible estrictamente pertinentes y necesarios, GENERALI, no podrá cumplir con los fines expuestos.

He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos registrada bajo la titularidad de GENERALI; y, que estos podrán ser mantenidos localmente, así como compartidos a nivel internacional con la red de Generali con la finalidad de llevar estadísticas, realizar encuestas de satisfacción, envío de comunicaciones referidas a nuevos servicios y/o promociones, mejorar el servicio, entre otros.

Se le informa que usted puede ejercer los Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través de una solicitud dirigida a [datosprotegidos@generali.com.ec](mailto:datosprotegidos@generali.com.ec) o en cualquiera de los establecimientos físicos de GENERALI.

Eximo a Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea. Este Formulario fue realizado de acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos y su Reglamento; además de las Normativas en Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo expedidas por la Junta de Política y Regulación Financiera, y Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Representante Legal

**DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SEGUROS (BRÓKER)**

Nombre o Razón social: \_\_\_\_\_

Nombre del ejecutivo encargado: \_\_\_\_\_

Confirmando que el formulario está correctamente lleno y firmado y se adjunta la documentación requerida en el mismo. Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Cliente".

\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Responsable

**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. Se ha revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente o contratante y he verificado la documentación e información solicitada de acuerdo con lo establecido en la Política "Conozca a su Cliente".

Detalle de observaciones:

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

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

Firma del ejecutivo \_\_\_\_\_