

FORMULARIO SIMPLIFICADO "CONOCIMIENTO DEL CLIENTE" (Persona Jurídica)						
La información proporcionada en este documento confidencial y será utilizada por Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. 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.		
Tipo de Inversión:				Objeto social:		
Dirección de empresa	Dirección:		País:		ciudad:	
	Correo electrónico:		teléfono:		Actividad económica:	
La empresa es: 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: _____						
Situación Legal de la Compañía: Activa <input type="checkbox"/> Disuelta y Liquidada <input type="checkbox"/> Cancelada <input type="checkbox"/> Inactiva <input type="checkbox"/>						
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"/> 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:			Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>			
Nombres:			Número de ID: <input type="text"/>			
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:	
Domicilio:			Ciudad:		País:	
Profesión:			Teléfono:		Correo:	
NÓMINA DE SOCIOS O ACCIONISTAS QUE POSEAN MÁS DEL 10% 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 <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Total Suma Asegurada USD. <input type="text"/>						
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.		Teléfono:	
Nombre/ Razón social:						
Dirección			Relación con el Solicitante:			
FORMA DE PAGO						
Efectivo	<input type="checkbox"/>					
Cheque	<input type="checkbox"/>					
Transferencia	<input type="checkbox"/>					
Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/>					
Tarjeta de Débito	<input type="checkbox"/>					
CANAL DE PAGO						
Nombre de Institución:						
Tipo de Cuenta:						
No. De Cuenta o de Tarjeta:						
CANAL DE VINCULACIÓN						
*Si usted 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. - Nómina de accionistas - Certificado de ingresos mensuales (aplica para personas expuestas políticamente) - Nombramiento del cargo, con periodo 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)						

DECLARACIÓN

Yo, declaro ser 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. 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 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 (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.

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; en consecuencia, renuncio a instaurar cualquier proceso 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 autorizo 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 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.

Firma del Representante Legal

C.I. _____

Lugar y Fecha: _____

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".

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. 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: _____

Firma del ejecutivo

Lugar y Fecha: _____