

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 PLAFTD		<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.		
				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: _____						
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO						
Apellidos:				Tipo de ID: Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
Nombres:				Número de ID: <input style="width: 150px;" 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 style="width: 150px;" type="text"/>		
INFORMACIÓN FINANCIERA						
Situación Financiera	Total de Activos:		Total de Pasivos:		Patrimonio:	
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.

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.

Tratamiento de Datos personales

El solicitante declara que cuenta con el consentimiento libre, específico, informado e inequívoco por parte de los titulares de los datos para que Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A., sus subsidiarias, filiales y entidades del Grupo Generali recopilen, procesen y traten la información entregada; esto incluye, según el tipo de seguro, datos de salud y otras categorías de datos sensibles. La información podrá comprender diagnósticos, exámenes médicos, afecciones de salud, enfermedades de cualquier tipo, así como tratamientos y atenciones médicas realizadas o por realizar en el futuro a los titulares, solicitantes, asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona incluida en el contrato de seguro solicitado. Asimismo, declara que cuenta con las autorizaciones necesarias para que este acceda y obtenga la información necesaria, incluyendo historiales médicos o clínicos. Lo anterior incluye la información generada o contenida en las bases de datos de médicos, personal sanitario, prestadores de salud, aseguradoras y empresas de medicina prepagada, tanto nacionales como extranjeras.

De igual forma, cuenta con las autorizaciones respectivas para que Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. comparta la información con entidades del Grupo Generali y terceras personas para fines de la operatividad y coberturas propias del contrato de seguro. De igual, forma podrá compartir en caso de ser requerida por vía judicial, administrativa y/o gubernamental; en definitiva, por requerimiento legal de autoridad competente.

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A. accede y trata información personal únicamente para cumplir con sus obligaciones legales y contractuales, conforme a los servicios que presta; esto podrá incluir:

- i. Evaluación de riesgos
- ii. Emisión del contrato de seguro, documentos que forman parte de esta y cálculo de primas
- iii. Gestión de reclamos y liquidaciones
- iv. Prevención de fraude y cumplimiento de normativas legales y regulatorias
- v. Mejora de productos y servicios

El solicitante garantiza que se ha informado a los titulares sobre el ejercicio de sus derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocación del consentimiento, mediante una solicitud dirigida a datosprotegidos@generali.com.ec o en cualquiera de las oficinas de la compañía. Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A garantiza su compromiso de tratar los datos personales conforme a la normativa ecuatoriana, adoptando las medidas de seguridad necesarias, y asegurando de manera irrestricta la confidencialidad y reserva de la información.

Para más información consulta nuestro Aviso de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales.

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: _____