

FORMULARIO CONOZCA A SU CLIENTE PERSONAS JURÍDICAS

Completar todos los campos en blanco:

Lugar y fecha:

Oficina:

INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|---|---|--|
| Nombre o Razón social: | | RUC: | | |
| Objeto social: | | Fecha de constitución de la empresa: | | |
| Dirección: | | | | |
| Calle principal: | | Número: | | |
| Calle secundaria: | | Sector / Barrio: | | |
| Provincia: | Cantón: | Ciudad: | País: | |
| Teléfonos: | Correo electrónico: | | Página web: | |
| Estructura legal: | Asociación <input type="checkbox"/> | Sector Público <input type="checkbox"/> | Fundación <input type="checkbox"/> | Compañía limitada <input type="checkbox"/> |
| | Cooperativa <input type="checkbox"/> | Economía Mixta <input type="checkbox"/> | Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> |
| | | | | Describir: |

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Datos del Representante Legal o Apoderado: Nombres: | | Apellido: | | | | |
| Tipo de identificación: CI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> | | No. de identificación: | Lugar de nacimiento: | | | |
| Dirección residencia: | | Calle principal: | Número: | | | |
| Calle secundaria: | | Sector / Barrio: | | | | |
| Provincia: | Cantón: | Ciudad: | País: | | | |
| Teléfono domicilio: | Celular: | Correo electrónico: | | | | |
| Estado civil: | Soltero(a) <input type="checkbox"/> | Casado(a) <input type="checkbox"/> | Divorciado(a) <input type="checkbox"/> | Viudo(a) <input type="checkbox"/> | Unión libre <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Datos del cónyuge/conviviente: Nombres: | | Apellido: | | | | |
| No de identificación (cédula o pasaporte): | | | | | | |

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Describa la actividad económica de la empresa:

La empresa cotiza en bolsa: SI NO

INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Capital social/Aportes de socios: | Total patrimonio: |
| Ventas / Ingresos anuales: | Año ejercicio: |
| | No. Empleados: |

DATOS DEL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS (En caso de adquisición del seguro a través de Broker)

Nombre o Razón social:

No. Credencial:

Nombre del ejecutivo encargado:

DECLARACIONES

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaro que la información contenida en el presente formulario es verdadera, completa y actualizada. Declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar anualmente mis datos personales, comunicar y documentar de manera inmediata a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS cualquier cambio en la información o documentación que he proporcionado. Durante la vigencia de la relación contractual con SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, me comprometo a proveer la información y la documentación que me sea solicitada. Así mismo entiendo que esta información podrá ser requerida por las autoridades de control respectivas para los efectos legales correspondientes.

DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS

Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, el financiamiento del terrorismo ni el financiamiento de otros delitos, ni es producto de algún delito. Así mismo declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS desde el inicio de la relación comercial hasta la finalización del contrato.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS toda información que ésta requiera respecto de mi persona, e informe a los organismos competentes, todo lo cual no genera ninguna pretensión judicial ni motivo de reclamo, a ser ejercido por el cliente.

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DEL PICHINCHA

Firma del cliente
CC:

Nombre Ejecutivo Comercial:



1800 400 400



WhatsApp: **09 99 66 77 79**

✉ info@seg-pichincha.com