

Superintendencia de Bancos y Seguros Resolución JB-2013-2536 / JB-2014-3089 Art. 14
La información aquí descrita será de estricta confidencialidad, no se puede dejar espacios en blanco
Esta información deberá ser actualizada cada año

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón Social:		RUC N°:	
Actividad Económica:		Lugar y Fecha de Constitución: ____ / ____ / ____ / ____	
DIRECCIÓN: País:		Provincia:	Cantón:
Referencia:		Calle principal:	Calle Transversal:
Teléfono: /		Correo electrónico:	Fax:
Correo Electrónico para el envío de la factura electrónica:			
TIPO DE SOCIEDAD: Pública: <input type="checkbox"/> Cía Ltda: <input type="checkbox"/> Mixta: <input type="checkbox"/> Extranjera: <input type="checkbox"/> ONG: <input type="checkbox"/> Cooperativa: <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima: <input type="checkbox"/>			
Fideicomiso/Admin. de Fondos: <input type="checkbox"/> Fundación/Corporaciones: <input type="checkbox"/> Asociación/Consortio: <input type="checkbox"/> Sociedad civil o de hecho: <input type="checkbox"/>			
Sociedad en cuentas de participación: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> Especifique:			
Posee permiso de exportación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número: _____ Número de empleados: _____			

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y apellidos completos:		Lugar y fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	
N° de Cédula/Pasaporte/RUC:		Nacionalidad:	Teléfono domicilio:
Dirección de domicilio:		Correo electrónico:	
Celular N°:	Estado Civil: Soltero: <input type="checkbox"/>	Casado: <input type="checkbox"/>	Unión de Hecho: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y apellidos completos:			
Tipo de identificación: CC: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Número de identificación: _____

PERFIL FINANCIERO

Ingresos anuales	<input type="text"/>	Total egresos anuales	<input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS:	USD. <input type="text"/>	TOTAL PASIVOS:	USD. <input type="text"/>

ACCIONISTAS CON EL 25% O MÁS DEL CAPITAL SUSCRITO

Razón social/nombre completo	Número de ID	%Participación	Nacionalidad	Nombre del Representante Legal si su accionista es una persona jurídica

*¿Tiene otro solicitante (pagador) su póliza?

 Si No

Identificación solicitante: _____

Nombre solicitante: _____

Relación: _____

*¿Tiene otro beneficiario su póliza?

 Si No

Identificación solicitante: _____

Nombre solicitante: _____

Relación: _____

DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

 Usted es una *Persona Expuesta Políticamente: Si No Cargo que desempeña: _____

 Tiene algún familiar que sea una Persona Expuesta Políticamente: Si No

Parentesco: _____ Cargo que desempeña: _____

*Persona Expuesta Políticamente, es quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior; o tenga hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o que sea colaborador cercano a una Persona Expuesta Políticamente.

