

(T O D O S L O S C A M P O S S O N O B L I G A T O R I O S)

TIPO DE TERCERO: <input type="checkbox"/> Tomador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Apoderado	SUCURSAL:
--	-----------

INFORMACIÓN BÁSICA

RNC#	RAZÓN SOCIAL	NOMBRE COMERCIAL
NÚMERO DE REGISTRO MERCANTIL	FECHA VENCIMIENTO DE REGISTRO MERCANTIL	

DIRECCIÓN DOMICILIO LEGAL (INFORMACIÓN QUE APARECE EN REGISTRO MERCANTIL) Dirección completa oficina legal (Calle, número, sector, provincia, ciudad)

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL (LLENE SOLO SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO LEGAL) Dirección completa oficina legal (Calle, número, sector, provincia, ciudad)

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

 AUTORIZO A LA ASEGURADORA PARA QUE LA INFORMACIÓN ACERCA DE MIS PRODUCTOS SEA ENVIADA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
 DOMICILIO LEGAL OFICINA PRINCIPAL CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA	SI ES MIXTA, DETALLE PROPORCIÓN:	SI ES UNA ONG , FAVOR INDICAR LA PROCEDENCIA DE LOS FONDOS QUE RECIBE ESTA ORGANIZACIÓN <input type="checkbox"/> SECTOR PRIVADO <input type="checkbox"/> SECTOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> AMBOS
--	----------------------------------	--

SECTOR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> SERVICIOS	MAYORES DONANTES:
---	-------------------

TIPO DE ACTIVIDAD

<input type="checkbox"/> AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/> INFORMÁTICA	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> CEMENTOS	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> PETRÓLEO	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> TELECOMUNICACIONES
<input type="checkbox"/> FARMACÉUTICA	<input type="checkbox"/> SALUD	<input type="checkbox"/> TEXTILES	<input type="checkbox"/> METALMECÁNICOS	<input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/> TURISMO	<input type="checkbox"/> QUÍMICO	<input type="checkbox"/> OTRO:

INFORMACIÓN FINANCIERA
INGRESOS ANUALES ACTIVIDAD PRINCIPAL

<input type="checkbox"/> MENOS DE RD\$20MM	<input type="checkbox"/> RD\$20 A 100MM	<input type="checkbox"/> RD\$100 A 200MM	<input type="checkbox"/> RD\$200 A 1,000MM	<input type="checkbox"/> RD\$1,000 A 4,000MM	<input type="checkbox"/> MÁS DE 4,000MM
--	---	--	--	--	---

OTROS INGRESOS PROMEDIO MENSUAL RD\$ APROXIMADOS

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DE OTROS INGRESOS (ACTIVIDAD SECUNDARIA)

INFORMACIÓN BÁSICA REPRESENTANTE LEGAL/ APODERADO LEGAL/ AUTORIDAD CON FIRMA

IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> PASAPORTE	NÚMERO	FECHA DE VENCIMIENTO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	PROVINCIA	PAÍS
TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	

IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO FINAL

Identificación de accionistas que tengan directa o indirectamente disponible el 20% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales)

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID EXTRANJEROS	NÚMERO	Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)
<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID EXTRANJEROS	NÚMERO	Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)
<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID EXTRANJEROS	NÚMERO	Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Jurídica (Continuación)

SOLICITUD DE SEGURO

RAMO PERSONAS GENERALES FIANZAS OTRO, ESPECIFIQUE

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, en pleno ejercicio de mis facultades y bajo mi total consentimiento extiendo esta autorización aún después de la disolución de la sociedad que represento, intención que deberá ser respetada y acatada por nuestros causahabientes.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

FECHA

--	--	--	--	--	--

DIA MES AÑO

CÓDIGO DEL CORREDOR/AGENTE/EMPLEADO QUE VERIFICA EL FORMULARIO

FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO LEGAL
O AUTORIDAD CON FIRMA

FIRMA DEL CORREDOR/AGENTE/EMPLEADO QUE VERIFICA EL FORMULARIO