

Solicitud de Seguro Personas Jurídicas



Oficina: _____

Requisito por Ley o Contrato ☐

Estimado contratista, favor no dejar espacios en blanco, en los casos que no aplique indíquese N/A

DATOS DEL CONTRATISTA

Razón Social:				RUC:			
Actividad Económica:							
Ciudad y país de constitución:				Fecha de constitución dd/mm/aaaa:			
Tipo de Sociedad:		Capital Suscrito \$:			Capital Pagado \$:		
Ciudad de domicilio:				Parroquia:			
Dirección:							
Teléfono(s):		Celular(es):			e-mail:		
Sus instalaciones son:	Propia	¿Está hipotecada? Si..... No.....		Valor actual \$		Hasta dd/mm/aaaa:	
	Arrendada	Valor \$		Otros (especifique):			
Activos \$:		Pasivos \$:			Patrimonio \$:		
Ingresos Mensuales \$				Egresos Mensuales \$			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres:				Apellidos:				
No. de Identificación:				Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento dd/mm/aa:		
País del domicilio:			Ciudad:		Parroquia:		Barrio:	
Estado civil: Casado			Soltero			Divor.		
			Otro			Separación de Bienes: Si		No
						Poder especial: Si		No
Dirección del domicilio:							No.	
Teléfono(s):			Celular(es):			e-mail:		
Fecha de nombramiento dd/mm/aaaa de.....hasta dd/mm/aaaa.....								

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Nombres:				Apellidos:			
No. de Identificación:				Lugar y fecha de nacimiento dd/mm/aa:			

FIRMAS AUTORIZADAS

Nombres:				Cargo:			
Dirección del domicilio:				Vigencia del cargo:			
Teléfono(s):				Monto para firmar:			
Nombres:				Cargo:			
Dirección del domicilio:				Vigencia del cargo:			
Teléfono(s):				Monto para firmar:			

DETALLE DE ACCIONISTAS PRINCIPALES

Nombres y Apellidos	No. Identificación	Valor nominal de acciones	Porcentaje %

DETALLE DE PERSONAS QUE INTEGRAN EL DIRECTORIO

Nombres y Apellidos	No. Identificación	Cargo

EXPERIENCIA

Obras importantes terminadas

Localización	Valor de inicio \$	Valor actual \$	F. inicio dd/mm/aaaa	F. término dd/mm/aaaa

Obras que se están realizando al momento						
Localización		Valor contrato	% de avance	F. inicio dd/mm/aaaa	F. término dd/mm/aaaa	
¿Usted ha presentado problemas con Contraloría u Otras Instituciones?				Si..... No.....	Fecha dd/mm/aaaa:	
REFERENCIAS						
Comerciales			Bancarias			
Entidad	Monto	Teléfono	Institución	No. Cuenta	Tipo	
					Ahorros	Cta. Cte.
PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICA Y PÚBLICAMENTE						
¿Usted ocupa u ocupó un cargo político en el gobierno?			Si..... No.....	¿Tiene familiares que trabajen en el gobierno?		Si..... No.....
¿Usted es una persona de reconocimiento público?			Si..... No.....	¿Tiene familiares de conocimiento público?		Si..... No.....
Nota:						
Conocedor(a) de las penas del perjurio declaro bajo juramento que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de su aplicación, tienen origen y destinos lícitos y no promueven actividades prohibidas por las leyes del Ecuador e internacionales. De igual manera, declaro que la información y documentación proporcionada es verdadera y correcta, por lo tanto, es de mi exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad. Autorizo expresa e irrevocablemente a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS para que obtenga cuantas veces sean necesarias, de cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito, mi información de riesgos crediticios; de igual forma, INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS queda expresamente autorizada para que pueda transferir o entregar la información declarada en el presente documento así como mis riesgos crediticios resultantes de nuestra relación contractual, a los burós de créditos y/o a otra institución debidamente autorizada por la ley, si fuere pertinente; y a realizar la comprobación de esta declaración y autorización e informar a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones que se consideren inusuales e injustificadas en relación a mis actividades y movimientos comerciales y/o contractuales. Eximo a INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS, de toda responsabilidad, civil, penal o administrativa, inclusive respecto a terceros, si estas declaraciones y autorizaciones fueren falsas o erróneas.						
Firma y Sello del Contratista C.C.		Lugar y fecha		Firma y sello del Asesor de Seguros Nombre: Credencial:		
USO INTERNO						
Certifico que he verificado personalmente la identidad del cliente y/o contratista y/o solicitante con la documentación e información solicitada en la Política "Conozca a su Cliente" y he realizado el análisis con las listas de información nacional e internacional. Por lo tanto, basado en la información prevista recomendando aceptarlo como cliente, garante, contratista de INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS. Si..... No.....						
Justificaciones /Observaciones:						
Firma:						
Responsable Comercial						
Nombre:						
Fecha:						