

VALOR ASEGURADO: _____

DATOS GENERALES

Nombre o razón social:			RUC:
Fecha de constitución:	Día	Mes	Año
Actividad económica:			
Dirección:			
Nacionalidad:		Provincia:	Ciudad/Cantón:
Teléfono:		Correo electrónico:	

INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

Datos patrimoniales	Ingresos mensuales		
Total activos \$	\$1.000 a \$5.000	\$15.001 a \$20.000	\$45.001 a \$75.000
Total pasivos \$	\$5.001 a \$10.000	\$20.001 a \$30.000	\$75.001 a \$100.000
Total patrimonio \$	\$10.001 a \$15.000	\$30.001 a \$45.000	Mayor que \$100.000

DETALLE DE ACCIONISTAS. Con participación del 25% o más del capital suscrito de la institución.

Apellidos y nombres / Razón social	Cédula / RUC	% Particip. accionaria	LLENAR CUANDO EL ACCIONISTA ES PERSONA JURÍDICA		Nacionalidad
			Representante legal	Docto. de identidad	

DATOS DEL APODERADO GENERAL O REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos:		Nombres:			
Funcionario:	Apoderado general	Representante legal	Sexo:	M	F
Lugar y fecha de nacimiento:		Documento de identificación:			
Estado Civil:	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión libre
Datos del cónyuge					
Apellidos:		Nombres:			
Documento de identificación:		Correo electrónico:		Celular:	
Datos del domicilio: Dirección:					
Provincia:		Ciudad/Cantón:		Teléfono:	

DECLARACIONES

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN.- Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona información confiable y actualizada en todos los aspectos y me comprometo a mantener informada a la entidad de cualquier cambio que se presente en el futuro a fin de mantener la información debidamente actualizada. **DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS.**- Declaro que el activo asegurado, los recursos que poseo y los fondos con los cuales cumpliré las obligaciones para con Seguros Alianza S.A., provienen de actividades lícitas, y no se encuentran dentro de las contempladas en la Legislación Ecuatoriana como ilícitas. **AUTORIZACIÓN.**- De manera irrevocable autorizo a Seguros Alianza S.A., a verificar por los medios que estime pertinente, los datos aquí proporcionados. Autorizo así mismo, para que obtenga cuantas veces sean necesarias, de cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito, mi información de riesgos crediticios y, a entregar la información cuando se la requiera formalmente, a autoridades competentes, organismos de control y otras instituciones o personas jurídicas legalmente facultadas.

Fecha: _____

Firma del cliente

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- a) Fotocopia de la escritura de constitución, estatutos sociales vigentes y/o últimas reformas.
- b) Fotocopia de la Cédula de Identidad del representante legal.
- c) Fotocopia certificada del nombramiento del representante legal o poder legal.
- d) Copia de la cédula o pasaporte del cónyuge o conviviente del representante legal o apoderado.
- e) Fotocopia del RUC.
- f) Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente. (De ser aplicable).
- h) Estados financieros auditados, del año inmediato anterior.
- i) Declaración de Impuesto a la Renta del año inmediato anterior.
- j) Documentos de identificación de las firmas autorizadas.
- k) Fotocopia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.
- l) Copia del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior o constancia de la información publicada en el Servicio de Rentas Internas a través de su página web.
- j) Nómina de accionistas o socios con su respectivo porcentaje de participación.

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Ramo(s):

Suma asegurada:	Igual o menor de \$200.000	Mayor de \$200.000	Tipo de póliza:	Nueva	Renovación
------------------------	----------------------------	--------------------	------------------------	-------	------------

Habiendo sido notificado de las consecuencias que derivan de la siguiente afirmación, declaro expresamente
Haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante.

**Nombre o razón social
del asesor de seguros:**

**Funcionario de
Seguros Alianza S.A.:**

No. de credencial del asesor de seguros:

Agencia/área:

Fecha:

Fecha:

Observaciones:

Firma del asesor

Firma del funcionario