

**Solicitud de Seguro Personas Jurídicas**

( Resolución de Junta Bancaria JB-2014-3089)



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 \$
	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 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divor. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Separación de Bienes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Poder especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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 recomiendo aceptarlo como cliente, garante, contratista de INTEROCEÁNICA COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS. Si..... No.....

Nota:.....

Ejecutivo Comercial	Supervisora de Fianzas	Gerente de Fianzas	Revisión
Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
C.C.	C.C.	C.C.	C.C.
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha: