

SE SOLICITA NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO EN ESTE FORMULARIO.
EN LOS CASOS QUE NO APLIQUE , INDIQUE N/A

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDÉZ DE UN AÑO

LUGAR:

FECHA: DD / MM / AAAA

1. DATOS DE LA EMPRESA / CONTRATANTE DEL SEGURO

Razón Social: Fecha de Constitución: DD / MM / AAAA

RUC / No. Identificación: País de Origen:

Objeto Social: Actividad Económica:

Dirección:

CALLE PRINCIPAL NÚMERO TRANSVERSAL PISO OFICINA

BARRIO O SECTOR PROVINCIA CANTÓN CIUDAD

Teléfonos: Correo:

CONVENCIONAL CELULAR FAX CORREO (PERSONA DE CONTACTO)

Su empresa es: Sociedad Anónima Sociedad de Hecho Otro

 Cía Limitada ONG

2. PERFIL FINANCIERO

	Situación Financiera (último año)		Estado de Resultados (último año)
Activo	\$ <input type="text"/>	Ingresos	\$ <input type="text"/>
Pasivo	\$ <input type="text"/>	Egresos	\$ <input type="text"/>
Patrimonio	\$ <input type="text"/>	Utilidad	\$ <input type="text"/>

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres y Apellidos:

Identificación: CC CI PAS Otro No. Nacionalidad

4. DATOS DE VINCULACIÓN

Marque los vínculos existentes entre el solicitante - asegurado - beneficiario

	COMERCIAL	LABORAL	NINGUNA	OTRA (ESPECIFIQUE)
SOLICITANTE - ASEGURADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
SOLICITANTE - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

5. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION

Declaro y me responsabilizo de que la información proporcionada en este documento es verdadera, total y correcta; por lo tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad de la información contenida en este documento, sea causal para la cancelación automática de esta solicitud.

ENTREGA - RECEPCION DE FONDOS:

Concedor (a) de las penas de perjurio y disposiciones legales: Declaro bajo juramento que el origen de los valores entregados a Equivida Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.; así como los valores que recibiera de Equivida S.A., son lícitos y consecuentemente no provienen, ni serán destinados a ninguna actividad relacionada con el cultivo, producción, almacenamiento, transporte, comercialización de sus sustancias estupefacientes o psicotrópicas; o a cualquier otra actividad tipificada en la Ley de Substancias Estupefacientes y Sicotrópicas y otras leyes conexas.

AUTORIZACION:

Autorizo expresamente a Equivida S.A. para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, EQUIVIDA S.A., queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir, o entregar dicha información a autoridades competentes, Organismos de Control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas.

Conocedor (a) de las disposiciones emitidas en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, en Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos y en sus reglamentos, autorizo expresamente a Equivida S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios; así como a las autoridades competentes en caso de investigación o determinación de transacciones inusuales o sospechosas. En virtud de lo autorizado, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de EQUIVIDA S.A. .

FIRMA/SELLO

LUGAR Y FECHA

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Favor adjuntar los siguientes documentos

OBLIGATORIOS

- 1.- Copia del RUC (Registro Único de Contribuyentes)
- 2.- Planilla de Servicios Básicos (agua, luz o teléfono)
- 3.- Documentos de identificación de las personas que sean firmas autorizadas de la empresa
- 4.- Fotocopia del nombramiento del Representante Legal o Apoderado
- 5.- Estatutos Sociales vigentes y últimas reformas
- 6.- Estados financieros, mínimo de un año atrás
- 7.- Adjuntar listado de personas asegurables con la siguiente información mínima: Nombres / Apellidos / Tipo de documento de identificación / Número de documento de identificación / Fecha de nacimiento o Edad / Sexo

ADICIONALES

Para contratos cuya suma asegura máxima por persona sea mayor a \$ 200.000

- 1.- Estados financieros auditados, mínimo de un año atrás
- 2.- Nómina de accionistas firmada por el Representante Legal

Para contratos cuya prima estimada anual total sea mayor a \$ 500.000

- 1.- Estados financieros auditados, mínimo de una año atrás
- 2.- Nómina de accionistas firmada por el Representante Legal
- 3.- Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el Órgano de Control competente

PARA USO EXCLUSIVO DE EQUIVIDA

Ramo: VG AP ** Monto asegurado máximo cobertura principal individual \$
** Primas netas anuales estimadas totales \$

Tipo de Relación:

Institución Educativa Desgravamen Empleados Clientes Otros (Especifique)

** Adjuntar confirmación del pago de impuesto a la Renta para contratos con primas anuales estimadas superiores a \$ 250.000 y/o suma asegurada por persona mayor a \$ 200.000

NOMBRE DEL EJECUTIVO A CARGO

FIRMA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LISTAS RESERVADAS

Fecha	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Cargo	<input type="text"/>	Cargo	<input type="text"/>

FIRMA

FIRMA

OBSERVACIONES