

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

## Información Persona Jurídica

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

Tomador	Asegurado	Beneficiario	Afianzado	Proveedor	Apoderado	Sucursal
---------	-----------	--------------	-----------	-----------	-----------	----------

### INFORMACIÓN BÁSICA

RNC	Razón social	Nombre comercial
Número Registro Mercantil	Fecha vencimiento de Registro Mercantil	

### DOMICILIO LEGAL (Información que aparece en Registro Mercantil)

Ciudad oficina legal	Provincia oficina legal	Teléfono	Correo electrónico
Dirección oficina legal			Sector

### DOMICILIO PRINCIPAL (Si es diferente al Domicilio legal)

Ciudad oficina principal	Provincia oficina principal	Teléfono	Correo electrónico
Dirección oficina principal			Sector

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección:

Oficina principal      Correo electrónico      Domicilio legal

### INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

Tipo de empresa	Privada Pública	Si es mixta, detalle proporción:	Si es ONG, favor indicar la procedencia de los fondos que recibe esta organización		
			Sector privado	Sector público	Ambos
Sector	Comercial	Industrial	Financiero	Servicios	Mayores donantes:

Tipo de Actividad	Agrícola	Informática	Alimentos	Cementos	Transporte	Petróleo	Educación	Telecomunicaciones
	Farmacéutico	Salud	Textiles	Metalmecánico	Construcción	Turismo	Químico	Otro ¿Cuál?

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos anuales actividad principal      Menos de RD\$20 mm      RD\$20 a RD\$100 mm      RD\$100 a RD\$200 mm      RD\$200 a RD\$1,000 mm  
RD\$1,000 a RD\$4,000 mm      Más de RD\$4,000mm

Otros ingresos promedio mensual RD\$      aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

### INFORMACIÓN BÁSICA REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO LEGAL / AUTORIDAD CON FIRMA

Tipo de identificación

Cédula	Pasaporte	ID residencia	Número	Fecha vencimiento
--------	-----------	---------------	--------	-------------------

Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Ciudad residencia	Provincia	País	Teléfono	Celular
Dirección residencia			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

Cédula RNC	Pasaporte ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Cédula RNC	Pasaporte ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Cédula RNC	Pasaporte ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

## 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 (DD / MM / AAAA)

Código del corredor / Agente / Empleado que verifica el formulario

Firma del representante legal / Apoderado legal / Autoridad con firma

Firma del corredor / Agente / Empleado que verifica el formulario