

1 DATOS BÁSICOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL:		FECHA DE CONSTITUCIÓN: ____/____/____	
OBJETO SOCIAL Resumen de lo especificado en constitución.		R.U.C:	
		No. ANALOGO:	
DIRECCIÓN:		E-MAIL:	
PAIS:	PROVINCIA:	CIUDAD:	CANTÓN:
EMAIL RECEPCIÓN DE FACTURA ELECTRÓNICA:		TELÉFONO (S):	

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

Su institución tiene relación directa o indirecta con compañías o personas naturales establecidas en el exterior? SI NO

Si es afirmativo indique:

EMPRESA O PERSONA NATURAL	TIPO DE RELACIÓN (CLIENTE/PROVEEDOR/SUCURSAL/AFILIADA/SUBSIDIARIA)	PAÍS

3 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS:	C.I./PASAPORTE:	ESTADO CIVIL:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	EMAIL:	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:			
PAIS:	CIUDAD:	TELÉFONO (S):	CELULAR:

4 DATOS DE CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS:	C.I./PASAPORTE:	TELÉFONO:
----------------------	-----------------	-----------

5 SITUACION FINANCIERA

ACTIVOS	PASIVOS	PATRIMONIO	INGRESOS ANUALES
TOTAL \$ _____	TOTAL \$ _____	TOTAL \$ _____	TOTAL \$ _____

6 DATOS SOBRE LA RELACION COMERCIAL CON SEGUROS COLÓN

PROPÓSITO DE LA RELACION COMERCIAL:

7 DECLARACION SOBRE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

Los accionistas de la empresa o sus familiares* se encuentran ejerciendo o han ejercido dentro del **último año** funciones públicas; o que sin ocupar cargo público alguno tiene ingerencia política a nivel nacional o internacional? SI NO

DESDE: ____/____/____ HASTA: ____/____/____

Nombre: _____ Cargo: _____

Institución: _____ Parentesco: _____

*Cónyuge y familiares comprendidos hasta el cuarto grado de consanguinidad (Padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos, sobrinos, primos), o segundo de afinidad (Padres, hijos, abuelos, o hermanos del cónyuge).

NOTAS / DECLARACIONES / AUTORIZACIONES DEL CLIENTE

Queda entendido que Seguros Colón S.A., también se podrá denominar en este informe, la Aseguradora, Seguros Colón S.A. o Compañía de Seguros.

Declaro(amos) bajo la gravedad de juramento que los datos asentados en éste formulario son correctos, reconociendo que Seguros Colón S.A. tiene el derecho y está plenamente facultada a comprobar la identidad del solicitante: la veracidad y autenticidad de los datos que hubiese proporcionado; la capacidad crediticia conforme a las sanas prácticas y condiciones del mercado; la realización del avalúo, practicado con un valuador autorizado, y a cumplir con todas las normas y formalidades que establecen las leyes y reglamentos.

Acuerdo(amos) que tengo(emos) una obligación continua de enmendar y/o suplementar la información proporcionada en este formulario si alguno de los hechos esenciales que he(mos) expuesto aquí cambiara antes del cierre de la emisión. En caso de cambio de domicilio y/o teléfono(s) para notificaciones, me(nos) comprometo(emos) a informar a la aseguradora en un máximo de 7 días a partir del cambio. Convengo(imos) que no prosperará el trámite de la solicitud del seguro si falta alguno de los documentos solicitados por Seguros Colón S.A. y que atiende el objeto o al destino de la póliza solicitada.

Autorizamos a la Aseguradora a que efectúe los análisis, verificaciones y todas las indagaciones que razonablemente considere oportuno realizar para comprobar el origen o destino de los fondos recibidos o entregados, sin que la Compañía de Seguros esté obligada a realizar la comprobación de ésta declaración. Así como a las autoridades competentes en caso de llegar a determinar la existencia de operaciones y/o transacciones inusuales e injustificadas, en virtud de lo autorizado, renuncio a instaurar por éste motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de Seguros Colón S.A. Y en caso de que se inicien investigaciones sobre mi (nuestras) persona(s), la Compañía de Seguros podrá proporcionar a las autoridades competentes la información que éstas demanden.

Cedo (emos) a favor de Seguros Colón S.A. el cobro de valores por anticipos a recibir y en caso de existir un compromiso de entrega del mismo para su control a la empresa de seguros, reconoce el afianzado que actuará como depositario de dichos valores, mientras la totalidad del anticipo no sea entregado. Cedo(emos) irrevocablemente el cobro de valores por anticipo a recibir, así como por las liquidaciones por planillas a emitirse por los trabajos realizados tanto de contratos garantizados como de otros a los que tuviere derecho, originados por concepto de pago de primas pendientes o ejecuciones de pólizas, facultando a la empresa de Seguros a obtener dicha recaudación mediante cualquier procedimiento que considere adecuado.

Reconozco(emos) y acuerdo(amos) que la verificación o reverificación de cualquier información contenida en este formulario puede realizarse a través de cualquier fuente de información y en cualquier momento por la Compañía de seguros, sus agentes, sucesores y cesionarios, ya sea directamente o a través de un tercero, y que la copia original de este formulario será retenido por la Aseguradora, aunque la(s) solicitud(es) de póliza(s) no se aprobasen.

Autorizo(amos) expresa e indefinidamente a Seguros Colón S.A. para que obtenga de manera directa o a través de terceros, incluida la Central de Riesgos y Burós de información crediticia, autorizados para operar dentro y fuera del país, mis (nuestras) referencias personales y/o patrimoniales anteriores o posteriores a la suscripción de ésta autorización, sea como solicitante, codeudor o garante, sobre mi (nuestro) comportamiento crediticio, manejo de mi(s) (nuestras) cuenta(s), corriente, de ahorro, tarjetas de crédito, etc., y en general al cumplimiento de mis (nuestras) obligaciones y demás activos, pasivos, datos personales y/o patrimoniales, aplicables para uno o más de los servicios y productos que brindan las Instituciones del Sistema Financiero, Instituciones del Sector Comercial y/o cualquier otra Institución que pueda otorgar información relevante a sus productos o servicios según corresponda.

Faculto expresamente a Seguros Colón S.A. para transferir o entregar dicha información, e incluso lo relacionado a la presente operación a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. Adicionalmente autorizo se proporcione cualquier información de carácter financiero y comercial que requiera un tercer interesado en adquirir la cartera de la Aseguradora.

Concedo de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los fondos entregados a Seguros Colón S.A. es lícito. Adicionalmente, declaro(amos) que los fondos que se reciban de Seguros Colón S.A. no serán destinados a la realización o al financiamiento de alguna actividad ilícita. Declaro(amos) que los fondos recibidos o entregados no han sido ni serán destinados a ninguna actividad relacionada con el cultivo, la producción, consumo, comercialización de sustancias estupefacientes y sicotrópicas o cualquier otra actividad tipificada en la ley.

Declaro(amos) conocer y aceptar los términos y condiciones, así como el valor que genere por concepto de prima e impuestos de renovaciones solicitadas por mi(nosotros) o por el beneficiario de las pólizas otorgadas por la aseguradora, los mismos que constan expresamente detallados y explicados en el anexo que he(mos) recibido y que forma parte integrante de éste informe.

Firma del Representante Legal o Apoderado

Nombre:

C.C.

