

Formulario de Conocimiento

Información Persona Jurídica

LaColonial

(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 día mes año

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 Activada 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 ☐ 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

Actividad Principal

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

Información Básica Representante Legal/ Apoderado Legal / Autorida con Firma

Tipo de identificación ☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ ID residencia Número Fecha vencimiento día mes año

Nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)

Ciudad residencia Provincia País Teléfono Celular

Dirección residencia Correo electrónico

Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento día mes año 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 ☐ Pasaporte ☐ RNC ☐ ID extranjero Número

Tipo de identificación

☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ RNC ☐ ID extranjero Número

Tipo de identificación

☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ RNC ☐ ID extranjero Número

Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)

Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)

Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)

Solicitud de Seguro

Ramo: ☐ Personas ☐ Generales ☐ Fianzas ☐ Otro, especifique

Declaración de Veracidad y Autorización de Verificación y Consulta de 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 extendiendo 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