

FORMULARIO CONOCE TU CLIENTE

Persona Jurídica

Requerimiento según Acuerdo No.3 del 22 de nov. de 2022 BC/FT/FPADM./ Aplica para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00

Persona que completa el Formulario:

Contratante Asegurado Corredor Pagador Cía. de Seguros Beneficiario

DATOS GENERALES DE LA SOCIEDAD

Razón Social: _____ Razón Comercial: _____

Registro Único de Contribuyente (RUC): _____

Dirección física: _____
(País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

País de constitución: _____ Fecha de constitución: _____

País donde opera: _____

Actividad a la que se dedica: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sitio Web: _____

Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: _____

Número de Identificación Tributario (NIT): _____

DATOS DE LOS DIRECTORES Y DIGNATARIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección	Cargo	Nacionalidad

DATOS DE LOS ACCIONISTAS / BENEFICIARIOS FINALES

Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su % de participación accionaria. Solamente aquellos que posean 10% o más de participación en el capital social de la empresa.

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	% Part.	Nacionalidad

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO LEGAL O ADMINISTRADOR

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección

DATOS DEL AGENTE RESIDENTE

Nombre completo	Dirección

