

**Persona que completa el formulario:**
 Contratante       Asegurado       Corredor de Seguros       Pagador       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

