

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Para uso de la compañía:

No. póliza: 4 Riesgo:

Código del cliente: 81

Datos generales del cliente contratante de la póliza:

Primer Nombre: Victor Segundo Nombre: Hugo Apellido Paterno: Guillen

Apellido Materno: Rodriguez Apellido de Casada: Cédula/Pasaporte: PE-PI-123-3212 D.V.

Fecha de nacimiento: Jul. 6, 1990(dd/mm/aaaa) País de Nacimiento: Venezuela Género: Masculino

Estado civil: Soltero(a) Nacionalidad(es): Venezolano

Dirección residencial:

País de residencia: Colombia Provincia: D-F Distrito: Bogotá

Corregimiento: Nosé Urbanización: Nosé Calle o Ave:

Edificio: Piso: Apto: No. Casa: Apartado postal : Estafeta :

Teléfono residencial: Teléfono celular: 04144444444 Correo electrónico personal:

Datos Ocupacionales: Profesión: Médico Cirujano Ocupación actual: Médico General

Lugar de trabajo: Clínica Guadalupe Actividad de la empresa: Salud

Dirección de la empresa: Colombia, Bogotá

Teléfono Oficina: Fax: Correo electrónico de la oficina:

Indique si es o ha sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo
___ No X Sí

Es o ha sido una persona (1) Persona Políticamente Expuesta, (2) familiar cercano, o (3) estrecho colaborador de esta? X No ___ Sí (Definiciones en la parte inferior)

Cargo actual o anterior: Período:

Caso 2 y 3: Nombre: Relación:

Si su respuesta anterior fue Si y/o la prima sel segura es igual, anual o mayor a B/. 10,000.00 complete la siguiente información, en caso que no dirijase a la seccion de Datos Generales: Acerta Seguros, con base en la Matriz de riesgo, podrá solicitar en algunos otros casos que esta sección sea completada (Ley 23 del 27/04/2015).

Actividad fuente principal de sus ingresos (Especifique):

Ingreso Anual:

Actividad de otras fuentes de ingreso:

Ingreso Anual:

Referencias (1. Personal, 2. Bancaria, 3. Comercial)

| Nombre o razón Social | Actividad | Relación con el cliente | Teléfono de contacto |
|-----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|
| 1. aasdad | sdasd | asdasd | asdasd |
| 2. asdasd | asdasd | asdasd | asdasd |
| 3. asdasd | asdasd | asdasd | asdasd |

(1) Las personas políticamente expuestas son aquellos, nacionales o extranjeros, que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo: Jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jeraruía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos. (2) Únicamente el cónyugue, los padres, los hermanos y los hijos de una persona políticamente expuesta. (3) Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales o internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

Datos generales: Si el asegurado es distinto al cliente contratante deberá completar un Formulario Único de Datos del Cliente.

Asegurado: Victor Guillen Cédula/Pasaporte/RUC: PE-PI-123-3212

Conductor Adicional: N/A Cédula/Pasaporte: N/A

Si la póliza tiene más unidades y/o más personas que puedan operar el o los vehículos, favor indicarlo en documento adjunto con el detalle del vehículo, nombre completo y cédula o pasaporte de la persona conductor del vehículo.

Datos de la póliza y bien a asegurar:

Vigencia: Desde: Sept. 25, 2016 Hasta: Sept. 25, 2017

Acreeedor Hipotecario: o Leasing:

Valor actual de la unidad: 12000 Placa No.: KJ1MM21V (Obligatorio en auto usado) Año: 2005

Marca: DAEWOO Modelo: DAMAS Uso: 2005

Motor: HHAJKL1219129399 Chasis: MAMSA123 1K2J 123 Tipo: Wagon

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Prima anual: 1037.26 Plan: Premium

Observaciones:

Datos de Cobranza: Responsable de pago:

Igual al contratante de la póliza Igual al asegurado de la póliza

El responsable de pago es distinto X, favor completar:

Cédula/Pasaporte o RUC: 22212121 Nombre Completo: Oscar Guillen

Si el responsable de pago es distinto al cliente contratante o al asegurado deberá completar un Formulario Único de Datos del Cliente

Forma de pago:

| | |
|---|--|
| a) Descuento por tarjeta de crédito Visa__ Master Card__ Nro. Tarjeta: N/A Banco: N/A Fecha de expiración: N/A | |
| b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario) | |
| c) Remesa (solo corredor autorizado) | |
| d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales) | |

Cantidad de pago:

Día de pago:

| | | | | |
|-----------------|--|-------------------|--|----------------|
| * Un pago anual | | * Pagos mensuales | | Sept. 26, 2016 |
|-----------------|--|-------------------|--|----------------|

FIRMA Y DECLARACION: Documentos de Identidad Personal (Copia Legible): Para Nacionales: Favor incluya copia de su cédula de identidad personal. Para extranjeros: Favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

Declaro que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros a adquirir, provienen de los ingresos antes declarados.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas. En todos los casos la Compañía se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar esta y cualquier otra solicitud de seguro.

Firma del cliente: _____ el _____ de _____

| | | |
|--|--------------------------------------|---------------------|
| Datos del corredor: | Nombre o Razón Social: Admin Darient | Licencia: |
| Nombre de quien firma: | Oscar Guillen | |
| Firma del corredor o colaborador autorizado: | | Fecha: (dd/mm/aaaa) |

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| Información para uso interno: Tipo de producción | | Tipo de suscripción: | |
| Prod. Propia__ Coaseguro Líder__ Coaseguro No Líder__ Reaseguro Cedido_X__ | | Individual__ Colectiva_X__ | |
| Forma de facturación: Por póliza: __ Por certificado: _X_ | Renovación automática: Sí__ No_X__ | Comisión estándar: Sí_X_ No__ Definir: N/A | |
| Grupo económico: Nose | | | |
| Aprobaciones especiales: | | | |
| Punto de Entrega. Ejecutivo que lo solicita. Adelantar por correo al ejecutivo? Sí No Con Logo Sin logo | | | |

Requisitos obligatorios:

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| 1. Solicitud de póliza completa, legible y debidamente firmada | | 5. Registro de Propiedad Vehicular (auto usado) o Proforma (auto nuevo) | | 9. Formulario de pago TCR o ACH (si aplica por forma de pago) | |
| 2. Otros formularios CTC que sean requeridos completos, legibles y debidamente firmados | | 6. Informe de inspección (auto usado) | | 10. Confirmación de pago de la primera letra | |
| 3. Cotización | | 7. Consulta de tránsito | | 11. Correos u otros del cliente, coaseguradoras o reaseguradores (opcional) | |
| 4. Copia de cédula | | 8. Consulta de claimssearch | | | |

| | | | |
|---|----------------|---|--|
| Nombre y apellido del funcionario que revisa: Oscar Guillen | | Área de negocio: Comercial__ At. al Cliente__ Fianzas__ Seguros__ Otros: | |
| Firma: | Cargo: Abogado | Fecha: (dd/mm/aaaa) | |
| Firma supervisor que autoriza: | | Fecha: (dd/mm/aaaa) | |