

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Para uso de la compañía:

No. póliza: 2Riesgo:

Código del cliente:

Datos generales del cliente contratante de la póliza:

Primer Nombre: Pedro Segundo Nombre: Enrique Apellido Paterno: Marmil  
Apellido Materno: Rodriguez Apellido de Casada: n/a Cédula/Pasaporte: 1112121 D.V.  
Fecha de nacimiento: Jun. 13, 1990(dd/mm/aaaa) País de Nacimiento: Venezuela Género: Masculino  
Estado civil: Casado(a) Nacionalidad(es)Venezolano

Dirección residencial:

País de residencia: Francia Provincia: Ili-de-France Distrito: Essonne  
Corregimiento: Evry Urbanización: Maisel Calle o Ave: 5 Rue Charles Fourier  
Edificio: U1 Piso: 5 Apto: 1503 No. Casa: n/a Apartado postal : 91000 Estafeta : sdasd  
Teléfono residencial: 12312314212 Teléfono celular: 04144444444 Correo electrónico personal:

Datos Ocupacionales: Profesión: Ingeniero Ocupación actual: Desarrollador Web

Lugar de trabajo: Darien Technology Actividad de la empresa: Ing de Software

Dirección de la empresa: Panama

Teléfono Oficina: 12123123 Fax: 1231231 Correo electrónico de la oficina: og@dariant.com

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  
 X  No \_\_\_\_ 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: Diputado 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: Trabajo

Ingreso Anual:	Menos de 10mil USD\$	10mil y 30mil USD\$	30mil y 50mil USD\$	Más de 50mil USD\$
----------------	----------------------	---------------------	---------------------	--------------------

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: Cédula/Pasaporte/RUC:

Conductor Adicional: Cédula/Pasaporte:

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: (dd/mm/aaa) Hasta: (dd/mm/aaa)

Acreedor Hipotecario: o Leasing:

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

Marca: Modelo: Uso:

Motor: Chasis: Tipo:

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Prima anual:      Plan:

**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, favor  
completar:

Cédula/Pasaporte o RUC:                      Nombre Completo:

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 Dinners American Express Nro. Tarjeta: --- Banco: Fecha de expiración: (mm/aaaa)	
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	
-----------------	--	-------------------	--

**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:

Licencia:

Nombre de quien firma:

Firma del corredor o colaborador autorizado:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

<b><u>Información para uso interno:</u></b> Tipo de producción		Tipo de suscripción:	
Prod. Propia Coaseguro Líder Coaseguro No Líder Reaseguro Cedido		Individual Colectiva	
Forma de facturación: Por póliza: Por certificado:	Renovación automática: Sí No	Comisión estándar: Sí No Definir	
Grupo económico:			
Aprobaciones especiales:			
Punto de Entrega. Ejecutivo que lo solicita. Adelantar por correo al ejecutivo?SiNo Con LogoSin 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			

<b>Nombre y apellido del funcionario que revisa:</b>		Área de negocio: Comercial At. al Cliente Fianzas Seguros Otros	
Firma:	Cargo:	Fecha: (dd/mm/aaaa)	
Firma supervisor que autoriza:		Fecha: (dd/mm/aaaa)	