

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Para uso de la compañía:

No. póliza: 5    Riesgo:

Código del cliente: 76

Datos generales del cliente contratante de la póliza:

Primer Nombre: Oscar      Segundo Nombre: Enrique      Apellido Paterno: Guillen

Apellido Materno: Rodriguez      Apellido de Casada: n/a      Cédula/Pasaporte: 11-111-1111      D.V.

Fecha de nacimiento: Oct. 27, 1994(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

Teléfono residencial: 12312314212      Teléfono celular: 04144923294      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:      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.			
2.			
3.			

(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:Oscar Guillen      Cédula/Pasaporte/RUC:11-111-1111

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: Sept. 30, 2016      Hasta: Sept. 30, 2017

Acreedor Hipotecario:      o Leasing:

Valor actual de la unidad: 20000      Placa No.: asdasd (Obligatorio en auto usado)      Año: 2008

Marca: ALLISON      Modelo: TRI AXLE      Uso: 2008

Motor: asdasd      Chasis: sadasd      Tipo: asdasd

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Prima anual: 1480.4      Plan: Básico

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:      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__ 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. 30, 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: Oscar Guillen

Licencia:

Nombre de quien firma:

Oscar Guillen/ WEB

Firma del corredor o colaborador autorizado:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

<b>Información para uso interno:</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? 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:		Área de negocio: Comercial__ At. al Cliente__ Fianzas__ Seguros__ Otros: _____	
Firma:	Cargo:	Fecha: (dd/mm/aaaa)	
Firma supervisor que autoriza:		Fecha: (dd/mm/aaaa)	