

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Para uso de la compañía:

No. póliza: Riesgo:

Código del cliente: 237

Datos generales del cliente contratante de la póliza:

Primer Nombre: ihjk Segundo Nombre: j Apellido Paterno: kj
Apellido Materno: jj Apellido de Casada: khjk Cédula/Pasaporte: 123 D.V.
Fecha de nacimiento: Dic. 15, 1993 País de Nacimiento: kj Género: Masculino
Estado civil: Soltero(a) Nacionalidad(es): nk

Dirección residencial:

País de residencia: jn Provincia: kjn Distrito: kjn
Corregimiento: kn Urbanización: kjn Calle o Ave: kjn
Edificio: k Piso: nkj Apto: nkj No. Casa: Apartado postal :
Teléfono residencial: Teléfono celular: 65 Correo electrónico personal:

Datos Ocupacionales: Profesión: jj Ocupación actual: jh

Lugar de trabajo: jkh Actividad de la empresa: kjhj

Dirección de la empresa: khkj

Teléfono Oficina: kj Correo electrónico de la oficina: k@sa.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:ihjk kj Cédula/Pasaporte/RUC:123

Conductor Adicional: ihjk kj 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: 1111 Placa No.: uhuihui (Obligatorio en auto usado) Año: 2015
Marca: ADLY Modelo: TB125 Uso: 2015
Motor: jh Chasis: h Tipo:

SOLICITUD DE PÓLIZA NUEVA DE AUTO

FORMULARIO ÚNICO DATOS DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

Prima anual: 297.69 Plan: Premium

Observaciones: jhkj

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: 123 Nombre Completo: ihjk kj

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: Marisela Del Valle

Licencia:

Nombre de quien firma:

12pr-2g4i-5u96-wnm6

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__		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)	

Datos Jurídicos

¿Es Jurídico? <u> X </u> No <u> </u> Sí
RUC:
Razón Social:
País de procedencia:
Fecha de constitución: