

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Física

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

- Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Empleado Apoderado

Sucursal

INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA FÍSICA

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ID residencia		Número	Fecha vencimiento	Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Ciudad de nacimiento		Provincia de nacimiento	Nacionalidad
Profesión		Ocupación/Cargo			
Empresa		Dirección donde labora			
Ciudad		Provincia			Teléfono

DOMICILIO

Ciudad residencia	Provincia	País	Teléfono	Celular
Dirección residencia		Sector		Correo electrónico

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección: Trabajo Correo Electrónico Residencia

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/> Empleado/Asalariado	<input type="checkbox"/> Propietario/Socio	<input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado	<input type="checkbox"/> Inversionista/Prestamista	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Ama de casa
<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?						

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de RD\$20 mil	<input type="checkbox"/> RD\$20 mil a RD\$50 mil	<input type="checkbox"/> RD\$50 mil a RD\$100 mil	<input type="checkbox"/> Más de RD\$100 mil
--	--	--	---	---

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique
¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique
¿Es persona reconocida o de influencia pública?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique
¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique

SOLICITUD DE SEGURO

Ramo Personas Generales Fianzas Otro, especifique

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Tercero

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Jurídica

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Apoderado

Sucursal

INFORMACIÓN BÁSICA

RNC	Razón Social	Nombre Comercial
Número Registro Mercantil	Fecha vencimiento de Registro Mercantil	

DOMICILIO LEGAL (Información que aparece en Registro Mercantil)

Ciudad oficina legal	Provincia oficina legal	Teléfono	Correo electrónico
Dirección oficina legal			Sector

DOMICILIO PRINCIPAL (Si es diferente al Domicilio Legal)

Ciudad oficina principal	Provincia oficina principal	Teléfono	Correo electrónico
Dirección oficina principal			Sector

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección: Oficina Principal Correo Electrónico Domicilio Legal

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Pública	Si es Mixta, detalle proporción:	<input type="checkbox"/> es ONG, favor indicar la procedencia de <input type="checkbox"/> los fondos que recibe esta organización
				Sector Privado	Sector Público
Sector	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Financiero	<input type="checkbox"/> Servicios	Mayores Donantes:
<input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Informática <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Cementos <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Petróleo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Telecomunicaciones <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Textiles <input type="checkbox"/> Metalmecánico <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?					

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos anuales actividad principal Menos de RD\$20 mm RD\$20 a RD\$100 mm RD\$100 a RD\$200 mm RD\$200 a RD\$1,000 mm RD\$1,000 a RD\$4,000 mm Más de RD\$4,000 mm

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

INFORMACIÓN BÁSICA REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO LEGAL / AUTORIDAD CON FIRMA

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ID residencia	Número	Fecha vencimiento		
Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)				
Ciudad residencia	Provincia	País	Teléfono	Celular
Dirección residencia			Correo electrónico	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad

IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO FINAL

Identificación de accionistas que tengan directa o indirectamente disponible el 20% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales).

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

SOLICITUD DE SEGURO

Ramo Personas Generales Fianzas Otro, especifique

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemnizada de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, en pleno ejercicio de mis facultades y bajo mi total consentimiento extiendo esta autorización aún después de la disolución de la sociedad que represento, intención que deberá ser respetada y acatada por nuestros causahabientes.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Firma del Representante Legal / Apoderado Legal / Autoridad con Firma

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario