



## SOLICITUD DE POLIZA NUEVA CASCO MARITIMO

### Para uso de la compañía:

No. póliza: \_\_\_\_\_ Riesgo: \_\_\_\_\_

Código del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Fecha de recibido: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

### Datos generales del cliente contratante de la póliza:

Nombres/Razón social: \_\_\_\_\_

Apellidos/Razón comercial: \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte o R.U.C.: \_\_\_\_\_ D.V. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento o constitución \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

País de Nacimiento / País de Constitución: \_\_\_\_\_ Género: F  M  Estado civil: Soltero  Casado

Nacionalidad (es): \_\_\_\_\_ Persona contacto (para jurídico): \_\_\_\_\_

Tipo de persona jurídica: Soc. Anónima \_\_ Soc. Responsabilidad Limitada \_\_ Soc. Civil \_\_ PH/Condominio \_\_ ONG \_\_ Fundación interés privado \_\_

Fundación interés Público \_\_ Cooperativa \_\_ Escuela \_\_ Empresa extranjera \_\_ Consulado \_\_ Embajada \_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Lugar o lugares donde el cliente tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_

### Dirección residencial (PN) / Dirección comercial principal (PJ):

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_

Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle o Ave.: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Apto/Casa.: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

**Datos Ocupacionales:** Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_

Actividad de la empresa (usar para contratante PJ también): \_\_\_\_\_

Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico de la oficina: \_\_\_\_\_

**Datos generales:** Si el asegurado es distinto al cliente contratante deberá completar un formulario con los datos arriba indicados para su registro o actualización de datos.

Asegurado: \_\_\_\_\_ Cédula/Pasaporte/RUC: \_\_\_\_\_

Nota: Indicar en documento aparte si la póliza llevará más de una unidad y los detalles de cada una.

### Datos de la póliza y bien a asegurar:

Vigencia: Desde: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Hasta: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Acreedor Hipotecario: \_\_\_\_\_ Tarifa: \_\_\_\_\_ Prima anual (no incluye impuesto): \_\_\_\_\_

Suma asegurada: Casco y Maquinaria: \_\_\_\_\_ Resp. Civil / LUC: \_\_\_\_\_

Descripción y detalle del bien asegurado:	Tipo:	Marca y Modelo:
Nombre de la nave:		
Serie de casco:	Año de construcción:	Velocidad:
Eslora: _____ pies	Manga:	Tipo de fabricación/material de construcción:
Calado:	Límite geográfico / Área de Navegación:	Bandera:
Motores propulsores:	Equipo de Navegación:	Matricula:
Modelo de motor:	Equipo contra incendio:	Fabricante:
Puerto base:		Puntal:
Tonelaje bruto:	Tonelaje neto:	Tipo de Combustible:

<p><b>Datos de Cobranza:</b> Responsable de pago:</p> <p><input type="checkbox"/> Igual al contratante de la póliza</p> <p><input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza</p> <p><input type="checkbox"/> El responsable de pago es distinto, favor completar:</p> <p>Cédula/Pasaporte o RUC: _____</p> <p>Nombre Completo: _____</p> <p>Si el responsable de pago es distinto al cliente contratante o al asegurado deberá completar un formulario con sus datos para creación o actualización.</p>	<p><b>Forma de pago:</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:90%;">a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)</td> <td style="width:10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Visa ___ Master Card ___ Diners ___ American Express ___</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Banco: _____ Fecha expiración: _____ (mm/aaaa)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Remesa (solo corredor autorizado)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>Cantidad de pago:</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">• Un pago anual</td> <td style="width:50%; text-align: center;">• _____ pagos mensuales</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Día de pago: _____</p> <p style="text-align: right;">Para a) y b) aplica 10, 15 25 o 30 de cada mes.</p>	a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>	Visa ___ Master Card ___ Diners ___ American Express ___		No. de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____		Banco: _____ Fecha expiración: _____ (mm/aaaa)		b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)	<input type="checkbox"/>	c) Remesa (solo corredor autorizado)	<input type="checkbox"/>	d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>	• Un pago anual	• _____ pagos mensuales
a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>																
Visa ___ Master Card ___ Diners ___ American Express ___																	
No. de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____																	
Banco: _____ Fecha expiración: _____ (mm/aaaa)																	
b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)	<input type="checkbox"/>																
c) Remesa (solo corredor autorizado)	<input type="checkbox"/>																
d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>																
• Un pago anual	• _____ pagos mensuales																

<b>Cuenta para pago de indemnizaciones u otros:</b>	Nombre titular de la cuenta: _____
No. de la cuenta: _____	
Tipo de cuenta: _____	Banco: _____
Cuenta de Ahorros _____ Cuenta Corriente _____	

**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. (Iguales documentos para el Rep. Legal en caso de persona jurídica)

Declaro que todas mis (las) actividades las (se) ejerzo (ejercen) 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 actualizado 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>Datos del corredor:</b>	Nombre o Razón Social: _____	Licencia: _____
Nombre de quien firma: _____		
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: _____	Comisión estándar: _____
Por póliza: _____ Por certificado _____	Sí _____ No _____ Definir: _____
Renovación automática: _____	Sí _____ No _____
Grupo Económico: _____	
Aprobaciones especiales: _____	

**Requisitos obligatorios:**

1. Solicitud de Póliza completa, legible y debidamente firmada	4. Copia de cédula o pasaporte / del Rep. Legal en personas jurídicas	7. Formulario de pago TCR o ACH (si aplica por forma de pago)
2. Otros formularios CTC que sean requeridos completos, legibles y debidamente firmados	5. Copia del registro público (para PJ)	8. Confirmación de pago de la primera letra
3. Cotización	6. Cuestionario o avalúo (cuando aplique)	9. Correos u otros del cliente, coaseguradoras o reaseguradores (opcional)

Nombre y Apellido del funcionario que revisa: _____	Área de Negocio: Comercial ___ At. al Cliente ___ Fianzas ___ Seguros ___ Otro: _____
Firma: _____	Cargo: _____
Firma Supervisor que autoriza: _____	Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)
	Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

Firma del Contratante \_\_\_ Asegurado \_\_\_ Colaborador \_\_\_ o Intermediario \_\_\_ que completa o verifica que se ha completado el formulario bajo su mejor entender.

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)