



SOLICITUD DE POLIZA NUEVA EQUIPO PESADO

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)

Tarifa: _____ Prima anual (no incluye impuesto): _____

Unidad 1		Unidad 2	
Acreedor Hipotecario		Acreedor Hipotecario	
Suma asegurada:	Deducible:	Suma asegurada:	Deducible:
Marca	Modelo	Marca	Modelo
Año		Año	
No. de serie:		No. de serie:	
No. de motor:		No. de motor:	
Tipo de actividad:		Tipo de actividad:	
Lugar de uso:		Lugar de uso:	

<p>Datos de Cobranza: 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>Forma de pago:</p> <p>a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)</p> <p>Visa ___ Master Card ___ Dinners ___ American Express ___</p> <p>No. de Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Banco: _____ Fecha expiración: _____ (mm/aaaa)</p> <p>b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario) <input type="checkbox"/></p> <p>c) Remesa (solo corredor autorizado) <input type="checkbox"/></p> <p>d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales) <input type="checkbox"/></p>		
	<p>Cantidad de pago:</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>	• Un pago anual	• _____ pagos mensuales
• Un pago anual	• _____ pagos mensuales		

Cuenta para pago de indemnizaciones u otros:	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. (Igual 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 _____

Datos del corredor:	Nombre o Razón Social: _____	Licencia: _____
Nombre de quien firma: _____		
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 _____
Grupo Económico: _____	Comisión estándar: Sí _____ No _____ Definir: _____
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: _____	Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)
Firma Supervisor que autoriza: _____	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)