



**SOLICITUD DE POLIZA NUEVA
RIESGOS DIVERSOS**

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): _____

Descripción del bien a asegurar:

Plan:	Deducible:

Datos de Cobranza: Responsable de pago:

- Igual al contratante de la póliza
- Igual al asegurado de la póliza
- El responsable de pago es distinto, 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 con sus datos para creación o actualización.

Forma de pago:

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"/>

Cantidad de pago:

<input type="checkbox"/> Un pago anual	<input type="checkbox"/> _____ pagos mensuales
--	--

Día de pago: _____

Para a) y b) aplica 10, 15, 25 o 30 de cada mes.

Cuenta para pago de indemnizaciones u otros:

Nombre titular de la cuenta:

No. de la cuenta:

Tipo de cuenta:

Cuenta de Ahorros _____ Cuenta Corriente _____

Banco:

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)