

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:		Apellido de casada (si aplica):
Cédula/Pasaporte o R.U.C.:		D.V.	Fecha de nacimiento o constitución: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)	
País de Nacimiento/País de Constitución:		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad (es):		Persona contacto (para jurídico):		
Tipo de persona jurídica: Soc. Anónima <input type="checkbox"/> Soc. Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> Soc. Civil <input type="checkbox"/> PH/Condominio <input type="checkbox"/> ONG Fundación Interés Privado <input type="checkbox"/> Fundación Interés Público <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Empresa extranjera <input type="checkbox"/> Consulado <input type="checkbox"/> Embajada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> : _____				
Actividad:		Lugar o lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:		
DIRECCIÓN RESIDENCIAL (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL (PERSONA JURÍDICA)				
País:		Provincia:		Distrito:
Corregimiento:		Urbanización:		
Calle/Av.:		Edificio:		Piso: Apto./Casa:
Teléfono residencial/oficina:		Celular:		
Correo electrónico:		Sitio Web:		
Países o país donde opera:				
DATOS OCUPACIONALES (PERSONA NATURAL)				
Profesión:		Ocupación actual:		
Lugar de trabajo:		Dirección de la empresa:		
Ampliar actividad o profesión (si es independiente):				
DATOS DE LOS ACCIONISTAS / BENEFICIARIOS FINALES				
Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su % de participación accionaria. Solamente aquellos que posean 10% o más de participación en el capital social de la empresa.				
Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	% Part.	Nacionalidad
		____/____/____		
		____/____/____		
		____/____/____		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO LEGAL O ADMINISTRADOR				
Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección	
		____/____/____		
DATOS DEL AGENTE RESIDENTE				
Nombre completo		Dirección		
PERFIL FINANCIERO				
Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su "ingreso" anual aproximado:				
<input type="checkbox"/> Menos de 50 mil <input type="checkbox"/> 50 mil a 250 mil <input type="checkbox"/> 250 mil a 500 mil <input type="checkbox"/> 500 mil a 3 mio <input type="checkbox"/> 3 mio a 5 mio <input type="checkbox"/> 5 mio a 10 mio <input type="checkbox"/> Más de 10 mio				
Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ \$ _____.				
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)				
¿Alguno de los miembros de esta sociedad (Representante Legal, apoderado, administrador o beneficiario final) se encuentra dentro de la siguiente clasificación?				
1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente ⁱ ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo favor indicar:				
Cargo actual o anterior:		Periodo:		
2. ¿Es usted un Familiar PEP ⁱⁱ ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo favor indicar:				
Nombre del PEP:		Cargo del PEP:		
Relación con el PEP:		Periodo:		
3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP ⁱⁱⁱ ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo favor indicar:				
Nombre del PEP:		Cargo del PEP:		
Relación con el PEP:		Periodo:		

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:
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 <input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza <input type="checkbox"/> El responsable de pago es distinto <input type="checkbox"/> En este caso, favor completar:	
Nombre Completo: _____ Cédula/Pasaporte o RUC: _____	
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) Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> No. de Tarjeta _____ - _____ - _____ - _____ Banco: _____ Fecha expiración _____ / _____ (mm/aaaa)	<input type="checkbox"/>
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: Un pago anual <input type="checkbox"/> _____ pagos mensuales <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	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.

El firmante del presente documento reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.

Nombre Firma Fecha

DATOS DEL CORREDOR	
Nombre o Razón Social:	Licencia:
Nombre de quien firma:	
Firma del corredor o colaborador autorizado:	Fecha: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa)

ⁱ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

ⁱⁱ Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

ⁱⁱⁱ 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 e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.