



**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:

<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> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;">a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)</td> <td style="width:20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Visa ___ Master Card ___ Dinners ___ 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>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>	a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>	Visa ___ Master Card ___ Dinners ___ 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 ___ Dinners ___ 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																

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.

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.

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: _____	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 (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)