



## SOLICITUD DE POLIZA NUEVA ROBO

### 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: \_\_\_\_\_

Registro de Propiedad: Documento \_\_\_\_\_ Finca \_\_\_\_\_ Asiento \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

<b>Suma Asegurada:</b>	Robo <input type="checkbox"/> _____ DDD <input type="checkbox"/> _____	<b>Tarifa:</b>	<b>Prima anual:</b> (no incluye impuesto)	<b>Dirección del riesgo:</b>
<b>Tipo de construcción:</b>				País: _____ Provincia: _____
<b>Tipo de empresa:</b>				Distrito: _____
<b>Deducible:</b>				Corregimiento: _____
<b>Descripción:</b>	Apartamento _____ Chalet _____ Duplex _____ Comercio _____ Oficina _____ Otros: _____			Urbanización: _____
<b>Medidas de Seguridad:</b>				Calle o Ave.: _____
				Edificio: _____
				Piso: _____ Apto/Casa: _____
				<b>Colindantes:</b>

**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 ___ MasterCard ___ Dinners ___ American Express ___	
No. de Tarjeta _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/>
Banco: _____ Fecha expiración: _____ (mm/aaaa)	
b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) <b>(adjuntar formulario)</b>	<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 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.

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](http://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:

Prod. Propia: \_\_\_\_\_ Coaseguro Líder \_\_\_\_\_ Coaseguro No Líder \_\_\_\_\_ Reaseguro Cedido \_\_\_\_\_

## Tipo de Suscripción:

Individual \_\_\_\_\_ Colectiva \_\_\_\_\_

Forma de facturación:

Por póliza: \_\_\_\_\_ Por certificado: \_\_\_\_\_

Renovación automática:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Comisión estándar:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Definir: \_\_\_\_\_

Grupo Económico:

Aprobaciones especiales:

**Requisitos**

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)