



Agrupador: \_\_\_\_\_ Cod. de Cliente: \_\_\_\_\_

Operado por: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONA NATURAL**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: Cédula Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: M  F   
dd mm aa

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Unido  Viudo

Ocupación: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Acreedor Hipotecario: \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONA JURÍDICA**

Razón Social: \_\_\_\_\_ No. de R.U.C.: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_

Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ Tipo de Documento:  
Cédula Pasaporte No.: \_\_\_\_\_

Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

Acreedor Hipotecario: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN LABORAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio / Local: \_\_\_\_\_ Piso / # de Local: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO ADICIONAL**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: Cédula Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

País(es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,



Es usted un P.E.P.: Sí  No  Nombre del P.E.P. Titular: \_\_\_\_\_

Cargo del P.E.P.: \_\_\_\_\_

Período del Cargo: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd mm aa dd mm aa

**DEFINICIÓN DE P.E.P.:** Son personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado. También los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales.

**QUIENES PUEDEN SER P.E.P. - Familiares Cercanos:** Cónyuge, padres, hermanos e hijos del P.E.P. Estrecho Colaborador: Persona que puede realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza en nombre del P.E.P.

**PLAZO DEL P.E.P.:** Desde su nombramiento en el cargo, hasta un período no mayor de dos años desde el momento que cesa de ejercer las funciones y obligaciones por la cual fue calificado persona políticamente expuesta en un inicio.

**FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO:**

Voluntario  Descuento Bancario (Adjuntar formulario)  Descuento Tarjeta de Crédito (Adjuntar formulario)

Mensual  Trimestral  Cuatrimestral  Semestral  Bisemanal  Anual Cantidad de Cuotas: \_\_\_\_\_

Vigencia: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd mm aa dd mm aa

**DESCRIPCIÓN DEL BIEN ASEGURADO**

Valor actual: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Motor: \_\_\_\_\_  
Chasis: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

**SUMAS INDIVIDUALES**

<u>Coberturas Asiento</u>	CONDUCTOR	PASAJEROS	Asegurar:
Muerte Accidental:	_____	_____	Conductor y Pasajeros <input type="checkbox"/>
Incapacidad Total y Permanente:	_____	_____	Solo el Conductor <input type="checkbox"/>
Gastos Médicos:	_____	_____	
Incapacidad Temporal- deducible 5 días:	_____	_____	

**Coberturas Auto Según Cotización Adjunta** Opción: \_\_\_\_\_ Prima Anual: \_\_\_\_\_ (impuesto incluido)

Corredor: \_\_\_\_\_ Nombre del Corredor: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd mm aa