



( T O D O S L O S C A M P O S S O N O B L I G A T O R I O S )

TIPO DE TERCERO: Tomador, Asegurado, Beneficiario, Afianzado, Proveedor, Empleado, Apoderado

SUCURSAL:

INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA FÍSICA

Form fields for personal information: NOMBRES, APELLIDOS, IDENTIFICACIÓN (CÉDULA, RNC, PASAPORTE), SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, CIUDAD, PROVINCIA Y PAÍS DE NACIMIENTO, DIRECCIÓN RESIDENCIA, SECTOR, CIUDAD, PAÍS, TELÉFONO, CELULAR, CORREO ELECTRÓNICO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN/CARGO, EMPRESA, DIRECCIÓN DE TRABAJO, CIUDAD, PROVINCIA, TELÉFONO

AUTORIZO A LA ASEGURADORA PARA QUE LA INFORMACIÓN ACERCA DE MIS PRODUCTOS SEA ENVIADA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN: TRABAJO, RESIDENCIA, CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

EMPLEADO/ASALARIADO, PROPIETARIO/SOCIO, JUBILADO/PENSIONADO, INVERSIONISTA/PRESTAMISTA, INDEPENDIENTE, ESTUDIANTE, AMA DE CASA, OTRO ¿CUÁL?

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES ACTIVIDAD PRINCIPAL: MENOS DE RD\$20 MIL, RD\$20 MIL A RD\$50 MIL, RD\$50 MIL A RD\$100 MIL, MÁS DE RD\$100 MIL

OTROS INGRESOS, PROMEDIO MENSUAL APROXIMADO RD\$

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE OTROS INGRESOS (ACTIVIDAD SECUNDARIA)

¿HA MANEJADO O MANEJA RECURSOS PÚBLICOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS? NO, SI (Si afirmativo, especifique:)

¿HA POSEÍDO O POSEE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS? NO, SI (Si afirmativo, especifique:)

¿ES PERSONA RECONOCIDA O DE INFLUENCIA PÚBLICA? NO, SI (Si afirmativo, especifique:)

¿ALGUNA DE LAS ANTERIORES APLICA PARA SU CÓNYUGUE, PADRES, ABUELOS, HIJOS, NIETOS, SUEGROS, NUERAS O YERNOS? NO, SI (Si afirmativo, especifique:)

SOLICITUD DE SEGURO

RAMO: PERSONAS, GENERALES, FIANZAS, OTRO, ESPECIFIQUE

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa...

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario...

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora...

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

FECHA: DIA, MES, AÑO

CÓDIGO DEL CORREDOR/AGENTE/EMPLEADO QUE VERIFICA EL FORMULARIO

FIRMA DEL TERCERO

FIRMA DEL CORREDOR/AGENTE/EMPLEADO QUE VERIFICA EL FORMULARIO