

Datos del Contratante

Nombres y Apellidos o Razon Social: _____
 Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido Profesión u Oficio: _____
 Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente
 Dirección de Residencia: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Vía: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Datos del Propuesto Asegurado

Complete si el **Asegurado** es diferente al Contratante:
 Nombres y Apellidos o Razon Social: _____
 Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido Profesión u Oficio: _____
 Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente
 Dirección de Residencia: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Vía: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Forma de Pago

Tarjeta de Crédito Transferencia Electrónica ACH Transferencia Banca en Línea
 Descuento en Planilla Pago Voluntario (Se requiere pago adelantado)
 Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Información del Riesgo

Datos del Grupo Familiar

N° Aseg	Apellidos, Nombres	Parentesco	Profesión u Ocupación	N° Cédula o Pasaporte	Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil
1							
2							
3							
4							

Algunos de los asegurados practica algún deporte? No Si, en caso afirmativo indique el N° del Asegurado y especifique: _____

Coberturas Solicitadas

	Suma Asegurada
<input checked="" type="checkbox"/> Cobertura Básica	_____
Coberturas Opcionales	
<input type="checkbox"/> Lesiones Corporales y desmembramiento	_____
<input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de Gastos Médicos por accidente	_____

Beneficiarios en Caso de Muerte del Asegurado Titular

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

Información adicional

Alguno de los asegurados mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra compañía de seguros? No Si

N° Aseg	Compañía Aseguradora	Ramo	N° Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

Estatura _____ Mts o Pies y pulgada Peso _____ Lbs o Kgs

En caso de pólizas rechazadas, anuladas o impuesto condiciones especiales para su emisión a alguno de los asegurados, por favor indique las razones: _____

¿Sufre o ha sufrido usted de alguna enfermedad o lesión? No Si, en caso afirmativo dar detalles, diagnostico, fecha, nombre del Dr. Que le atiende o atendió. _____

¿Tiene pendiente por realizar alguna operación, exámenes médicos o toma algún medicamento? No Si, en caso afirmativo dar detalles: _____

¿ Se encuentra bien de salud? No Si _____

En caso negativo, dar detalles, diagnostico, fecha del padecimiento y medico tratante: _____

Autorización

Doy mi consentimiento y autorizo a La Regional de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Regional de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para La Regional de Seguros, S.A. de acuerdo a la Ley 24 del 22 de mayo del 2002.

Relevo del secreto a todos los médicos a cuyas prestaciones haya acudido o podría acudir, ya sea antes o bien después de la suscripción del presente formulario, como también a los Hospitales, las Clínicas, las Instituciones, los Institutos en general, publicos y particulares, Compañías de Seguros y Reaseguros, que puedan poseer información sobre mi persona, a los que la Compañía quisiera recurrir, autorizándoles expresamente e invitándoles a facilitar toda información, certificación y documentación necesaria, Autorizo además que LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A., suministre informaciones sobre mi persona a otras personas o Instituciones por necesidades técnicas, estadísticas, de seguros o de reaseguros.

Firma del Contatante:

Firma del Asegurado:

Firma del Productor:

Fecha: / /

Fecha: / /

Código: _____

Fecha: / /