

Datos del Contratante

Nombres y Apellidos o Razón Social: _____

Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Lugar o Lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:

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 Razón Social: _____

Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Lugar o Lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:

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

Datos del Riesgo

Descripción del Riesgo: _____

Medidas de Seguridad: _____

Coberturas: _____

(Según cotización adjunta.)

Prima Anual: _____

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.

Firma del Contratante: _____	Firma del Asegurado: _____	Firma del Productor: _____
Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____	Código: _____ Fecha: ____ / ____ / ____