

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Física

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Empleado Apoderado

Sucursal

INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA FÍSICA

Tipo de identificación

Cédula Pasaporte ID residencia

Número

Fecha vencimiento

Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Sexo

F M

Fecha de nacimiento

Ciudad de nacimiento

Provincia de nacimiento

Nacionalidad

Profesión

Ocupación/Cargo

Empresa

Dirección donde labora

Ciudad

Provincia

Teléfono

DOMICILIO

Ciudad residencia

Provincia

País

Teléfono

Celular

Dirección residencia

Sector

Correo electrónico

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección:

Trabajo

Correo Electrónico

Residencia

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 RD\$

aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años?

SI NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años?

SI NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es persona reconocida o de influencia pública?

SI NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?

SI NO

Si su respuesta es afirmativa, 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, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

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, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

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, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

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 (DD MM AAAA)

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Tercero

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario