

1. Datos Generales del contratante / Dueño de la Póliza (Persona Natural)

1.1 Datos personales

Nombre Completo: _____ Sexo: F M
 Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 País de nacimiento: _____ País de Residencia: _____
 Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: _____
 Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula/Pasaporte: _____

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____
 Distrito: _____ Urbanización/Área Poblada: _____
 Provincia: _____ Corregimiento: _____ País: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____
 Empresa donde trabaja: _____ No. de empleado público: _____

Persona Expuesta Políticamente (PEP):

¿Es una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de ésta?

Sí No , Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

2. Datos Generales del Contratante / Dueño de la Póliza (Persona Jurídica)

2.1 Datos de la Sociedad

Nombre de la sociedad: _____ RUC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Dirección física: _____ Actividad a la que se dedica la empresa: _____

2.2 Datos del Representante Legal

Nombre Completo: _____ Sexo: F M
 Cédula /Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Nacionalidad: _____

2.3 Dirección

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____
 Distrito: _____ Urbanización/Área Poblada: _____
 Provincia: _____ Corregimiento: _____ País: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Persona Expuesta Políticamente (PEP):

¿La sociedad está relacionada con una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de esta?

Sí No , Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

3. Responsable de Pago: Completar solo si es distinto al Asegurado

3.1 Persona Jurídica

Nombre de la sociedad: _____ RUC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Persona Expuesta Políticamente (PEP):

¿La sociedad está relacionada con una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de esta?

Sí No , Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

3.2 Persona Natural

Nombre Completo: _____ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

País de nacimiento: _____ País de Residencia: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: _____

Persona Expuesta Políticamente (PEP):

¿Es una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de ésta?

Sí No , Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

3.3 Dirección de Cobro:

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

No. Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Celular: _____ E-mail: _____ Teléfonos: Residencia: _____

4. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

Nº de tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Master Card Visa AMEX Diners

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor firmar autorización de descuento: _____

2- Transferencia electrónica ACH

3- Desc. Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos
(Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

Día de Pago: _____

Periodicidad: 1. Mensual 3. Trimestral 5. Semestral
2. Bimestral 4. Cuatrimestral 6. Anual

5. Datos del Bien Asegurado

5.1 Suma Asegurada: _____

5.2 Ubicación

Corregimiento: _____ Urb: _____ Calle: _____

Nombre del Edificio: _____ No. de Casa o Apto: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Ciudad: _____

Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

5.3 Tipo de construcción:

Paredes y pisos: _____ Techo: _____

Descripción: Oficina Comercio (Detallar) Restaurante Clínica

 Sala de Belleza Otros (Detallar): _____

Medidas de seguridad para Incendio: _____

Medidas de seguridad para Robo: _____

6. Coberturas según Cotización Adjunta

Tarifa: _____

Prima Anual: _____ (+5%)

Prima a Prorrata: _____ (+5%)

Corredor de seguros-Lic. No.

Firma del solicitante

Fecha

El Solicitante certifica que la información anterior es exacta. ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.

Al completar y firmar este documento, yo como firmante legal, autorizo, acepto y confirmo expresamente recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos ("ACH"), cualquier reembolso, devolución, desembolso y/o pagos económicos a mi favor, a partir de la fecha. Para este fin, a continuación proveo mis datos personales y detalles de la cuenta bancaria para los ACH respectivos, de acuerdo con el presente Formulario:

Datos Personales

Nombre: _____ No. de cédula: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Datos de la cuenta bancaria

Nombre de Cuenta: _____ Número de Cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de cuenta: _____

En consideración a lo anterior, declaro y acepto bajo gravedad de juramento, que los datos proporcionados en el presente Formulario Único - Transferencia Internacional - Persona Natural son correctos y reales. Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a ASSA Compañía de Seguros ("La Compañía"), Sucursales, Filiales y/o Entidad Controladora, con respecto al presente Formulario, su autorización, aceptación y contenido suscrito como firmante legal. De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a:

- Devolver saldos a través del medio por el cual se cobró la prima.
- Realizar cualquier pago y/o desembolso de saldos a favor, por medio de cheque, como medio alternativo, previa comunicación al cliente.
- Descontar del pago, cualquier cargo y/o costo de la transferencia internacional, previa notificación de La Compañía.

Es responsabilidad del firmante legal, notificar de manera escrita a La Compañía, cualquier cambio en los datos proporcionados en este documento, para lo cual deberá completar un nuevo formulario.

Firma Legal
(Igual a la cédula de identidad personal)

Fecha

Enviar en digital, completo y firmado a servicioalcliente@assanet.com, junto con la copia de cédula.

Al completar y firmar este documento, yo en calidad de Representante Legal/Apoderado Legal de la Persona Jurídica identificada en este Formulario Único, autorizo, acepto y confirmo expresamente recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos ("ACH"), cualquier reembolso, devolución, desembolso y/o pagos económicos a favor de nuestra Persona Jurídica, a partir de la fecha. Para este fin, a continuación proveo los datos de la Persona Jurídica a quien represento, junto a los datos de la cuenta bancaria para los ACH respectivos, de acuerdo con el presente Formulario:

Datos del cliente – Persona Jurídica

Razón Social: _____ . R.U.C.: _____ . D.V.: _____ .

Representante Legal/Apoderado Legal: _____ . Cédula: _____ .

E-mail: _____ . Teléfono: _____ .

Datos de la cuenta bancaria

Nombre de Cuenta: _____ . Número de Cuenta: _____ .

Banco : _____ . Tipo de cuenta: _____ .

En consideración a lo anterior, declaro y acepto bajo gravedad de juramento, que los datos proporcionados en el presente Formulario Único - Transferencia Internacional - Persona Jurídica son correctos y reales. Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a ASSA Compañía de Seguros ("La Compañía"), Sucursales, Filiales y/o Entidad Controladora, con respecto al presente Formulario, su autorización, aceptación y contenido firmado como Representante Legal/Apoderado Legal de la Persona Jurídica. De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a:

- Devolver saldos a través del medio por el cual se cobró la prima.
- Realizar cualquier pago y/o desembolso de saldos a favor, por medio de cheque, como medio alternativo, previa comunicación al cliente.
- Descontar del pago, cualquier cargo y/o costo de la transferencia internacional, previa notificación de La Compañía.

Es responsabilidad del firmante como Representante Legal/Apoderado Legal de la Persona Jurídica, notificar de manera escrita a La Compañía, cualquier cambio en los datos proporcionados en este documento, para lo cual deberá completar un nuevo formulario.

Firma del Representante Legal / Apoderado Legal

Fecha

Enviar en digital, completo y firmado a servicioalcliente@assanet.com, junto con la copia de cédula y certificado de Registro Público o Escritura legal en caso del Apoderado Legal.