



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Solicitud de Emisión / Pólizas de Accidentes Personales Colectivas Milenium**

Página 1

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O COMPUTADORA

Por este medio yo, \_\_\_\_\_ con cédula de identidad personal No. \_\_\_\_\_  
en representación legal de \_\_\_\_\_, acepto la propuesta adjunta para la emisión de la póliza de  
Accidentes Personales Colectiva.

**DATOS DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA - PERSONA JURIDICA**

Razón Social: \_\_\_\_\_ No. de R.U.C.: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Representante Legal: \_\_\_\_\_ Tipo de Doc.: Cédula ☐ Pasaporte ☐ No: \_\_\_\_\_  
Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Aproximado: \_\_\_\_\_  
Actividad Económica de la Empresa: \_\_\_\_\_

**Dirección Comercial:**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
Edificio/Oficina: \_\_\_\_\_ Piso / # de local: \_\_\_\_\_

País (es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

Es alguno de los accionistas o el Representante Legal un P.E.P.: Sí ☐ No ☐

Nombre del P.E.P. Titular: \_\_\_\_\_

Cargo del P.E.P.: \_\_\_\_\_

Período del Cargo:

_____	Desde: _____	Hasta: _____
	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
_____	Desde: _____	Hasta: _____
	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
_____	Desde: _____	Hasta: _____
	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

**DEFINICIÓN DE P.E.P.:** Son personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado. También los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales.

**QUIENES PUEDEN SER P.E.P. - Familiares Cercanos:** Cónyuge, padres, hermanos e hijos del P.E.P. **Estrecho Colaborador:** Persona que puede realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza en nombre del P.E.P.

**PLAZO DEL P.E.P.:** Desde su nombramiento en el cargo hasta un período no mayor de dos años desde el momento que cesa de ejercer las funciones y obligaciones por las cuales fue calificado persona políticamente expuesta en un inicio.

**Datos de la Póliza**

Opción elegida, \_\_\_\_\_

Vigencia: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

El total de primas anuales que el Contratante paga son iguales o superan los \$10,000.00? Sí ☐ No ☐  
Si su respuesta es afirmativa, favor adjuntar el formulario único de sujetos regulados.

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Adjuntar copia de cédula o pasaporte) dd/mm/aaaa

Información del Corredor de Seguros: Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

Nombre del Corredor: \_\_\_\_\_ Licencia del Corredor: \_\_\_\_\_

Firma del Corredor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa