

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

