



DATOS PERSONA NATURAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Tipo de Documento: Cédula Pasaporte No.: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M F
dd mm aa

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Unido Viudo

Ocupación: _____ E-mail: _____

Tel. Residencial: _____ Tel. Oficina: _____ Celular: _____

Dirección Residencial

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Barrio: _____ Calle: _____

Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____

En caso de emergencias contactar a: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso que sea diferente al Propuesto Asegurado)

Nombre: _____ Cédula o RUC: _____

Dirección: _____ Apdo. _____ Zona _____ Ciudad _____

Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

País(es) donde tributa por sus ingresos: _____,

Es usted un P.E.P.: Sí No Nombre del P.E.P. Titular: _____

Cargo del P.E.P.: _____

Período del Cargo: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____
dd mm aa dd mm aa

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 la cual fue calificado persona políticamente expuesta en un inicio.



ADMINISTRADOR DE LOS BENEFICIARIOS EN CASO QUE FUESEN MENORES DE EDAD:

Nombre: _____ Parentesco de los Beneficiarios: _____

DATOS GENERALES - HIJOS

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA	CÉDULA O PASAPORTE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE PRINCIPAL

Los beneficiarios de los dependientes arriba detallados en esta solicitud serán los herederos legales, a menos que se indique lo contrario mediante presentación de designación de beneficiarios

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO / TARJETAS DE CRÉDITO

Por este medio autorizo al banco _____ de acreditarles a ustedes de la Tarjeta de Crédito:

Tarjeta habiente: _____ Tipo: Visa Master Card American Express

N° de Tarjeta de Crédito: _____ Vencimiento: Mes _____ Año _____

Un cargo de B/. _____ para el pago de la presente Solicitud de Póliza.

Adjuntar: fotocopia de cédula.

Firma del Asegurado: _____ Cédula/Pasaporte: _____ Fecha: _____

Firma del Contratante: _____ Cédula/Pasaporte: _____ Fecha: _____

Firma del Corredor: _____ Licencia: _____ Fecha: _____

NOTA: EN CASO DE QUE EL PAGADOR SEA DIFERENTE AL CONTRATANTE O ASEGURADO, FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO DE CONOCE A TU CLIENTE.