



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Responsabilidad Civil

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

Agrupador: _____ Cod. de Cliente: _____

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: _____

Acreedor Hipotecario: _____

Dirección Residencial

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Barrio: _____ Calle: _____

Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____

DATOS PERSONA JURÍDICA

Razón Social: _____ RUC y D.V.: _____

Nombre Comercial: _____ E-mail: _____

Representante Legal: _____ Tipo de Documento:
Cédula Pasaporte No.: _____

Dirección Comercial: _____

Acreedor Hipotecario: _____

DIRECCIÓN LABORAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Barrio: _____ Calle: _____

Edificio / Local: _____ Piso / # de Local: _____

ASEGURADO ADICIONAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

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

E-mail: _____

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



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Responsabilidad Civil

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

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.

FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO:

Voluntario Descuento Bancario (Adjuntar formulario) Descuento Tarjeta de Crédito (Adjuntar formulario)

Mensual Trimestral Cuatrimestral Semestral Bisemanal Anual Cantidad de Cuotas: _____

DESCRIPCIÓN DEL BIEN ASEGURADO:

Vigencia: Desde: _____ / _____ / _____ Hasta: _____ / _____ / _____
dd mm aa dd mm aa

Alternativa 1

Alternativa 2

Límite: Lesiones Corporales: _____ LUC: _____

Daños Propiedad Ajena: _____

Alcance: _____

COBERTURAS SEGÚN COTIZACIÓN ADJUNTA:

Tarifa: _____

Prima: _____ (+5% de Impuesto)

Corredor: _____ Nombre del Corredor: _____

Firma del Asegurado: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
dd mm aa