

Fecha: _____

Oficina: _____

VALOR ASEGURADO: _____

DATOS GENERALES

Apellidos:		Nombres:			Fecha de nacimiento:		
Tipo de Identificación:	Cédula	Pasaporte	RUC	No.:	Sexo:	M	F
Nacionalidad:	Estado civil:		Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión Libre
Correo Electrónico:		Teléfono convencional:			Celular:		
Profesión/Ocupación:			Actividad económica:				
Relación Laboral:	Dependiente	Independiente	Nombre de la empresa:				
Dirección:				Teléfono:			
Tipo de vivienda:	Propia	Arrendada	Familiar	Posee vehículo:	Si	No	Cantidad de vehículos:
Tiene negocio propio:	Si	No	Giro del negocio:				

DATOS DE CÓNYUGE

Apellidos:		Nombres:			Documento de identificación:		
Empresa donde trabaja:			Cargo:		Teléfono:		

DATOS DEL DOMICILIO

Dirección:		
Provincia:	Ciudad/Cantón:	Teléfono:

INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

Datos patrimoniales:	Ingresos mensuales:		
Total activos \$	\$50 a \$250	\$1.001 a \$2.000	\$4.001 a \$5.000
Total pasivo \$	\$251 a \$600	\$2.001 a \$3.000	Mayor o igual a \$5.001
Total patrimonio \$	\$601 a \$1.000	\$3.001 a \$4.000	

REFERENCIAS PERSONALES, COMERCIALES Y BANCARIAS

Referencias personales:		
Nombre	Parentesco	Teléfono
Referencias comerciales:		
Entidad	Teléfono	
Referencias bancarias:		
Institución Financiera	Tipo (Cuenta / Tarjeta de crédito / Otros)	

DECLARACIONES

Declaración de Información.- Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona información confiable y actualizada en todos los aspectos, y me comprometo a mantener informada a la entidad de cualquier cambio que se presente en el futuro a fin de mantener la información debidamente actualizada.

Declaración de licitud de fondos.- Declaro que el activo asegurado, los recursos que poseo y los fondos con los cuales cumpliré las obligaciones para con Seguros Alianza S.A., provienen de actividades lícitas, y no se encuentran dentro de las contempladas en la Legislación Ecuatoriana como ilícitas.

Autorización.- De manera irrevocable autorizo a Seguros Alianza S.A., a verificar por los medios que estime pertinente, los datos aquí proporcionados. Autorizo así mismo, para que obtenga cuantas veces sean necesarias, de cualquier fuente de información, incluidos los burós de crédito, mi información de riesgos crediticios y, a entregar la información cuando se la requiera formalmente, a autoridades competentes, organismos de control y otras instituciones o personas jurídicas legalmente facultadas.

Fecha: _____

Firma del cliente

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Contrato con suma asegurada de hasta \$50.000:

- a) Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía o pasaporte y del cónyuge o conviviente. (De ser aplicable).
- b) Fotocopia del RUC. (De ser aplicable).
- c) Fotocopia del certificado de votación y del cónyuge o conviviente. (De ser aplicable).
- d) Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos.

Si el contrato con suma asegurada es mayor a \$50.000, adicionalmente adjuntar:

- e) Declaración del Impuesto a la Renta del año inmediato anterior.

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Ramo(s):

Suma asegurada:	Igual o menor de \$50.000	Mayor de \$50.000	Tipo de póliza:	Nueva	Renovación
-----------------	---------------------------	-------------------	-----------------	-------	------------

Habiendo sido notificado de las consecuencias que derivan de la siguiente afirmación, declaro expresamente
Haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante.

Nombre o razón social
del asesor de seguros:

Funcionario de
Seguros Alianza S.A.:

No. de credencial del asesor de seguros:

Agencia/área:

Fecha:

Fecha:

Observaciones:

Firma del asesor

Firma del funcionario