ANGLOAMERICANA
DE SEGUROS

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 algun 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