

**Datos del Contratante**

Nombres y Apellidos o Razon Social: \_\_\_\_\_  
 Cédula o RUC: \_\_\_\_\_ Pasaporte N°: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unido Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Actividad:  Comercial o Profesional  Estudiante  Gubernamental  Independiente  
 Dirección de Residencia:  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
 Casa  Edificio  Local  C.C.: \_\_\_\_\_  
 Piso: \_\_\_\_\_ c Apartamento: \_\_\_\_\_ c Oficina: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_  
 Apartado Postal: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Dirección E-mail: \_\_\_\_\_

**Datos del Propuesto Asegurado**

Complete si el **Asegurado** es diferente al Contratante:  
 Nombres y Apellidos o Razon Social: \_\_\_\_\_  
 Cédula o RUC: \_\_\_\_\_ Pasaporte N°: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unido Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Actividad:  Comercial o Profesional  Estudiante  Gubernamental  Independiente  
 Dirección de Residencia:  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
 Casa  Edificio  Local  C.C.: \_\_\_\_\_  
 Piso: \_\_\_\_\_ c Apartamento: \_\_\_\_\_ c Oficina: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_  
 Apartado Postal: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Dirección E-mail: \_\_\_\_\_

**Forma de Pago**

Tarjeta de Crédito  Transferencia Electrónica ACH  Transferencia Banca en Línea  
 Descuento en Planilla  Pago Voluntario (Se requiere pago adelantado)  
 Frecuencia de pago:  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

**Información del Riesgo**
**Datos del Grupo Familiar**

N° Aseg.	Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil
1						
2						
3						
4						

Algunos de los asegurados practica algún deporte?  No  Si, en caso afirmativo indique el N° del Asegurado y especifique: \_\_\_\_\_

**Coberturas Solicitadas**

**Cobertura Básica** **Suma Asegurada**  
**Muerte accidental** \_\_\_\_\_  
**Lesiones corporales y desmembramiento** \_\_\_\_\_  
**Incapacidad total y permanente** \_\_\_\_\_  
**Coberturas Opcionales** **Suma Asegurada**  
 **Muerte por lesiones corporales o incapacidad total y permanente por homicidio culposo** \_\_\_\_\_  
 **Renta diaria por Hospitalización (suma asegurada por día)** \_\_\_\_\_  
 **Reembolso de Gastos Médicos por accidente** \_\_\_\_\_  
 **Incapacidad temporal (suma asegurada semanal)**  26 o  52 semanas

**Beneficiarios en Caso de Muerte del Asegurado Titular**

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

**Información adicional**

Alguno de los asegurados mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra compañía de seguros?      c No      c Si

N° Aseg.	Compañía Aseguradora	Ramo	N° Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

En caso de pólizas rechazadas, anuladas o impuesto condiciones especiales para su emisión a alguno de los asegurados, por favor indique las razones: \_\_\_\_\_

Ha hecho alguna reclamación contra alguna compañía de seguros?      c No      c Si, en caso afirmativo complete:

N° Aseg.	Causa	Fechas	Monto	Compañía Aseguradora

**Autorización**

Doy mi consentimiento y autorizo a La Regional de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llego a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Regional de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para La Regional de Seguros, S.A. de acuerdo a la Ley 24 del 22 de mayo del 2002.

Firma del Contatante: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del Productor: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Fecha:      /      /

Fecha:      /      /

Fecha:      /      /