

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: _____ Apartamento: _____ 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: _____ Apartamento: _____ 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

Datos del Vehículo

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo de Tracción: Automática Manual
 Año: _____ Color (es): _____ Placa del Vehículo: _____
 N° de Pasajeros: _____ Número de Motor: _____ Número de Chasis: _____
 Uso del Vehículo: Particular Comercial Autobuses Otro: _____
 Tipo de Vehículo: Turismo 4x4 Grupo de Vehículo: 2 a 4 Ton 4 Ton en adelante
 Dispositivos de Seguridad: Inmobilizer Bastón Alarma Otro: _____

Coberturas Solicitadas

Responsabilidad Civil Obligatoria Responsabilidad Civil Todo Riesgo
 Responsabilidad Civil: Suma Asegurada Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos (APOV):
 Lesiones Corporales: _____ N° de Ocupantes Conductor: _____ Ayudantes: _____
 Daños a la Propiedad Ajena: _____ Suma Asegurada _____
 Gastos Médicos: _____ Muerte Conductor: _____
 Todo Riesgo Automóvil: _____ Muerte Ocupante: _____
 Accesorios: Suma Asegurada Incapacidad Conductor: _____
 1) _____ Incapacidad Ocupante: _____
 2) _____ Extensión de Garantías Vehículos 0 Km.
 3) _____ Automedida: Vehículos con más de 7 años de Antigüedad

¿Ha tenido siniestros anteriormente? Si _____ No _____ ¿En qué Compañía? _____

Conductor (es) Habitual (es) del Vehículo

| Nombre y Apellido | Cédula | Parentesco | Fecha de Nacimiento | % Uso |
|-------------------|--------|------------|---------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Acreeedor Hipotecario

| Entidad Acreedora | RUC | Monto |
|-------------------|-----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

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 llegue 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:

Fecha: / /

Fecha: / /

Código: _____

Fecha: / /