

Formularios

Ir a descargas

Solicitud de póliza

Lineamientos generales

A continuación se enlistan los lineamientos para la construcción de los formularios de SURA:

1. El título del formato debe usar FS Joey Medium, la razón social en DIN Light, ambos en mayúsculas.
2. Los títulos de las secciones deben usar DIN Medium en mayúsculas, en puntaje mínimo de 7 pts.
3. Todos los textos, líneas y demás elementos deben estar alineados a la izquierda.
4. Tratar de asignar una misma altura a todos los campos.
5. Para los cuerpos de texto se debe usar DIN Regular en mayúsculas y minúsculas, en puntaje mínimo de 7 pts.
6. La distancia entre las líneas y los textos siempre debe ser la misma.

1. **TÍTULO DEL FORMULARIO**
RAZÓN SOCIAL S.A.

2. **INFORMACIÓN BÁSICA** Clase de cliente: Tomador Titular Cartera Colectiva Asegurado

3. Tipo de identificación NIT IFE Número de identificación Ra.
 Tipo de identificación C.C. R.C. C.D. T.I. C.E. PA Número de identificación No
 Vínculos existentes entre Tomador, Titular, Asegurado, Afianzado, Afiliado y Beneficiario Com

4. **INFORMACIÓN UBICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**
 Ciudad Departamento Teléfono (sin indicativo)
 Ciudad oficina principal Departamento oficina principal Teléfono oficina principal
 Ciudad Departamento Teléfono (sin indicativo)
 Dirección

5. Autorizo a la compañía para que la información de TODOS mis Residencia Autorizo que
 productos sea enviada a la siguiente dirección física Trabajo por algún m

6. **INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA**
 Sector Comercial Financiero Agrícola Farmacéutico Alimentos De
 Industrial Servicios Informática Salud Textiles M.
 Descripción actividad económica Tipo compañía Pública Privada

7. ¿Maneja recursos públicos? SI NO Si su respuesta es afirmativa, dé detalle _____
 ¿Posee algún grado de poder público? SI NO Si su respuesta es afirmativa, dé detall _____
 ¿Es persona reconocida o de influencia pública o política? SI NO Si su respuesta es r _____
 Operaciones en moneda extranjera
 En su actividad económica realiza Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de trans
 transacciones moneda extranjera? Exportaciones Préstamos en moneda ext
 SI NO Importaciones Pago de servicios
 Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SI NO

NOTA

Los ejemplos corresponden a ampliaciones de un formulario.

1. Todas las casillas de selección deben tener un mismo tamaño y conservar la misma forma cuadrada.
2. Todas las líneas horizontales y verticales son continuas y van al 50% del PANTONE® 286C en un puntaje de 0,5 a 1 pto.
3. En los extremos de los formatos no deben ir líneas que cierren las filas o las columnas.
4. Cuando el cuerpo de texto sea extenso se debe justificar forzado manejando manualmente el interletrado.
5. Cuando se necesiten firma y huella del solicitante, deben estar siempre al lado izquierdo del formato.

| | |
|-----|---|
| 8. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Préstamos en moneda ext <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Pago de servicios |
| | Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Número de cuenta Banco Ciudad |
| 9. | INFORMACIÓN FINANCIERA • Ingresos mensuales actividad principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 1. Menos • Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 2. 100 a + • Ingresos mensuales actividad principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 3. 500 a + |
| | Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente disponible el 5% o m Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE Número de identificación |
| | Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE Número de identificación |
| 10. | Sólo para contratos de seguros: Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas y relacionar adicionales. Especifique si fue reclamación sin indemnización (IRE) o con indemnización adicional. Fecha AAA MM DD Rama o producto Compañía |
| | Autorizo a Suramericana para que con fines estadísticos, comerciales, publicitarios, consultivos o en el exterior. Igualmente, autorizo a Suramericana para que consulte, todas las operaciones que llevemos a cabo que declaro haber conocido y aceptar en todas sus partes. Adicionalmente la autorizo para solicitar toda la información verbal o escrita que requiera de mí y de cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, tome las medidas correctivas de toda responsabilidad que se derive de ello, y para que comparta y reciba información referente a actividades y/o que pertenezcan a su mismo grupo económico. Además me comprometo a actualizar esta información de forma anual. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento. |
| 11. | INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (Formulario para ser respaldado) Lugar de la visita o entrevista Fecha AAAA MM DD Hora HH : MM Tipo de visita <input type="checkbox"/> F |
| | Concepto general sobre el cliente Código Asesor Nombre del Asesor / Gerente / Director www.suramericana.com |

Ejemplo

El gráfico muestra las medidas que se deben considerar para los márgenes y el logotipo dentro de un formulario.

Por lo general estas aplicaciones se imprimen a una tinta, PANTONE® 286C.

4% de X

15% de X

4% de X

4% de X



TÍTULO DEL FORMULARIO
RAZÓN SOCIAL S.A.

INFORMACIÓN BÁSICA

Form fields for basic information including client type, identification numbers, and contact details.

INFORMACIÓN UBICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Form fields for the legal representative's location, including city, department, and phone numbers.

Form fields for address verification and residence/work status.

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

Form fields for economic activity, including sector, type of company, and business structure.

Form fields for public resource management and requests.

Form fields for operations in the world and international relations.

Form fields for foreign currency accounts.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Form fields for financial information, including income and expenses.

Form fields for identification of associates and shareholders.

Form fields for contracts and company valuation.

Afirmación del Representante legal para que con fines estadísticos, comerciales, publicitarios, consultivos o transferidos con cualquier otra entidad que se encuentre afiliada...

Afirmación de veracidad de los datos suministrados en el presente formulario...

Concedo autorización de hacer foto, estampado y copiado de este formulario...

INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (Formularios de conocer responsablemente al Asesor, Gerente o Director)

Form fields for client knowledge report, including location and relationship type.

Form fields for general contact information.

Form fields for signature and name of the representative.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

Form fields for signature and name of the assessor/director.

TÍTULO DEL FORMATO
RAZÓN SOCIAL S.A.

AFP Capital
Una empresa SUISA

Se Completa/Ocupante
El cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención de lavado de activos (Circular N°71 de la Superintendencia de Servicios Financieros y las Políticas del Grupo asegurador) completa la siguiente información:

1. SOLICITANTE / PERSONA JURÍDICA

Razón social de la empresa:

Denominación comercial (Nombre legal):

Domicilio fiscal:

Datos personales correspondientes al representante que contrató la póliza (integrante del directorio o con poder de representación de la empresa)

Nombre:

Cargo que desempeña en la empresa:

N° Documento de identidad:

Fecha de nacimiento:

Nombre de Accionistas

| Nombre y apellido completo | N° C.I. / N° R.U.T. | Nacionalidad | % Accionario |
|----------------------------|---------------------|--------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Volumen de ingresos de la sociedad. (Adjuntar extractos estados contables)

Acreditación de calidad del representante (Adjuntar algunos de estos documentos: actas de directorio, poderes)

Documentación de probables de existencia de la sociedad (Adjuntar algunos de estos documentos: control social, estatutos)

Declaración "PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA" De acuerdo al artículo 39.2.6. de la Circular N° 71 de la Superintendencia de Servicios Financieros se entiende por "persona políticamente expuesta" a la persona que desempeña o ha desempeñado funciones públicas de importancia en el extranjero, tales como: Jefe de Estado o de Gobierno, políticos de importancia, funcionarios gubernamentales, jueces o miembros de alta jerarquía, miembros importantes de partidos políticos, directores y altos funcionarios de empresas estatales y otras entidades públicas, sus relaciones con personas políticamente expuestas, sus familiares y asociadas cercanas deberán ser objeto de procedimientos de debida diligencia ampliados, pero la cual los entitades deberán: 1) contar con procedimientos que los permitan determinar cuándo un cliente está incluido en esta categoría, 2) obtener la aprobación de los principios rectores priorizados de la institución al evaluar su nueva relación con este tipo de clientes, 3) tener medidas apropiadas para determinar el origen de los fondos, 4) tener o establecer un seguimiento especial y permanente de las transacciones realizadas por el cliente, sobre la base del artículo transcripcio, fecho.

Seal de los los a haber sido "persona políticamente expuesta"

Seal haber sido asociado cercano de "persona políticamente expuesta"

No es "persona políticamente expuesta", seal haber sido asociado cercano de "persona políticamente expuesta"

Declaro bajo juramento que la información contenida en este formulario es completa y veraz o informará a Seguros. Sino cualquier cambio relativo a la misma.

Firma solicitante:

Dirección de la sucursal / Tel.: 11231 1234 0000 / Ciudad, País afpcapital.com

TÍTULO DEL FORMATO
RAZÓN SOCIAL S.A.

AFP Integra
Una empresa SUISA

Se Completa/Ocupante
El cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención de lavado de activos (Circular N°71 de la Superintendencia de Servicios Financieros y las Políticas del Grupo asegurador) completa la siguiente información:

1. SOLICITANTE / PERSONA FÍSICA

Nombre:

Profesión o actividad económica principal: N° Documento de identidad:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

Motivos de ingresos anuales USD (Adjuntar certificado de ingresos)

DECLARACIÓN DE BIENES

Deposito a plazo -> USD 10.000

| PROFESION | GANANCIA | BANCO | N° CUENTA | IMPORTE | | VAL. EN DOLÁRES |
|--------------------|----------|-------|-----------|---------|-----|-----------------|
| | | | | \$ | USD | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| SUBTOTAL DEPÓSITOS | | | | | | |

Remesas -> USD 200.000

| PROFESION | GANANCIA | PATRÓN N° | UBICACION | % DE PROPIEDAD | VAL. ACTUAL ESTIMADO |
|--------------------|----------|-----------|-----------|----------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| SUBTOTAL INMUEBLES | | | | | |

Vehiculos -> USD 25.000

| PROFESION | GANANCIA | TIPO | MARCA | AÑO | MATRÍCULA | PATRÓN N° | % DE PROPIEDAD | VAL. ACTUAL ESTIMADO |
|--------------------|----------|------|-------|-----|-----------|-----------|----------------|----------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| SUBTOTAL VEHÍCULOS | | | | | | | | |

Dirección de la sucursal / Tel.: 11231 1234 0000 / Ciudad, País afpintegra.com-pe

TÍTULO DEL FORMATO
RAZÓN SOCIAL S.A.

AFP Crecer

Solicitud

Preparado para edificación y contenido
Por favor, revise y complete la siguiente propuesta, en tinta o en letra impresa con claridad de letra y fecha de firma. Usted deberá conservar una copia de la presente propuesta, la cual formará parte integrante de la póliza una vez aceptada y emitida. Sólo la póliza es el documento que detallará los riesgos y eventos de cobertura. Los términos acordados en la presente propuesta, son de vital importancia para nosotros. Equiparamos de validez.

1. SOLICITANTE / PERSONA FÍSICA

Nombre:

Profesión o actividad económica principal:

Domicilio:

Dirección de correo:

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

Se solicita vigencia por:

2. SOLICITANTE / PERSONA JURÍDICA

Razón social de la empresa:

Denominación comercial (Nombre legal):

Domicilio fiscal:

Dirección de correo:

Correo electrónico:

Datos personales correspondientes al representante que contrató la póliza (integrante del directorio o con poder de representación de la empresa)

Nombre:

Profesión o actividad económica principal:

Domicilio:

Fecha de nacimiento:

Se solicita vigencia por:

Nombre de Accionistas*

* Esta información deberá completarse para clientes con primas netas de impuestos menores a USD 5.000

| Nombre y apellido completo | N° C.I. / N° R.U.T. | Nacionalidad | % Accionario |
|----------------------------|---------------------|--------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ubicación del riesgo:

3. EDIFICIO

Indique las acciones que corresponde:

a. Incurrido edificio c. ¿Cuál es el área aprox. de su vivienda? m²

b. Nueva construcción d. Otros riesgos o acreedores hipotecarios. Detallar

Dirección de la sucursal / Tel.: 11231 1234 0000 / Ciudad, País afpcrecer.com.pe