



DATOS GENERALES

Apellidos		Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro	Nº de identificación	Nacionalidad		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero-a <input type="checkbox"/> Casado-a <input type="checkbox"/> Divorciado-a <input type="checkbox"/> Viudo-a <input type="checkbox"/> Unión libre	
Correo electrónico		Celular	Vínculos existentes entre el contratante y asegurado/afianzado <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Nieto-a <input type="checkbox"/> Yerno-Nuera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Hijo-a <input type="checkbox"/> Hermano-a <input type="checkbox"/> Cuñado-a <input type="checkbox"/> Abuelo-a <input type="checkbox"/> Suegro-a <input type="checkbox"/> Cónyuge		
¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Persona Expuesta Políticamente: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior. También se considera PEP al cónyuge, conviviente o pariente que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o un colaborador cercano.					

DATOS DE CÓNYUGE

Apellidos	Nombres	Documento de identificación
-----------	---------	-----------------------------

DATOS DEL DOMICILIO

Provincia	Ciudad/ Cantón	Dirección	Teléfono
-----------	----------------	-----------	----------

DATOS OCUPACIONALES

Relación laboral <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Profesión / ocupación	Actividad económica
Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono

INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

Ingresos mensuales \$	¿Tiene otros ingresos que no provienen de su actividad económica principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros ingresos \$	Origen de otros ingresos
--------------------------	--	----------------------	--------------------------

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Ramo (s)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación
----------	--

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 como los fondos a ser utilizados para el pago de prima, provienen y provendrán de una fuente lícita y no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades a las que se refiere el artículo 14 de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos publicada en el suplemento del Registro Oficial Nº 352 del 30 de diciembre de 2010 (a la ley Nº 127).

Autorización.- Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a MAPFRE Atlas Compañía de Seguros S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro, así como en el buró de crédito sobre la información de riesgos personal y reportar las obligaciones económicas que se deriven de la relación comercial.

Fecha: _____ Firma del cliente _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PERSONA NATURAL

a) Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte, y del cónyuge o conviviente de ser aplicable.

b) Copia de un recibo de cualquier servicio básico.

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

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 MAPFRE Atlas:
Nº de credencial del asesor de seguros:	Agencia/Área:
Fecha:	Fecha:
_____ Firma del asesor	_____ Firma del funcionario

DATOS GENERALES

Apellidos		Nombres		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros	Nº de identificación	Nacionalidad		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero-a <input type="checkbox"/> Casado-a <input type="checkbox"/> Divorciado-a <input type="checkbox"/> Viudo-a <input type="checkbox"/> Unión libre	
Correo electrónico		Celular	Vínculos existentes entre el contratante y asegurado/afianzado <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Nieto-a <input type="checkbox"/> Yerno-Nuera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Hijo-a <input type="checkbox"/> Hermano-a <input type="checkbox"/> Cuñado-a <input type="checkbox"/> Abuelo-a <input type="checkbox"/> Suegro-a <input type="checkbox"/> Cónyuge		
¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Persona Expuesta Políticamente: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior. También se considera PEP al cónyuge, conviviente o pariente que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o un colaborador cercano.</small>					

DATOS DE CÓNYUGE

Apellidos	Nombres	Documento de identificación
-----------	---------	-----------------------------

DATOS DEL DOMICILIO

Provincia	Ciudad/ Cantón	Dirección	Teléfono
-----------	----------------	-----------	----------

DATOS OCUPACIONALES

Relación laboral <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Profesión / ocupación	Actividad económica
Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono

INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

Ingresos mensuales \$	¿Tiene otros ingresos que no provienen de su actividad económica principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros ingresos \$	Origen de otros ingresos
Total Activos \$	Total Pasivo \$	Total Patrimonio \$	

REFERENCIAS PERSONALES, COMERCIALES Y BANCARIAS (obligatorio si la suma asegurada acumulada supera los USD 200.000)

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

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Ramo (s)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación
----------	--

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 como los fondos a ser utilizados para el pago de prima, provienen y provendrán de una fuente lícita y no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades a las que se refiere el artículo 14 de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos publicada en el suplemento del Registro Oficial Nº 352 del 30 de diciembre de 2010 (a la ley Nº 127).

Autorización.- Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a Mapfre Atlas Compañía de Seguros S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro, así como en el buró de crédito sobre la información de riesgos personal y reportar las obligaciones económicas que se deriven de la relación comercial.

Fecha: _____

Firma del cliente _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PERSONA NATURAL

- a) Copia de la cédula de ciudadanía o pasaporte, y del cónyuge o conviviente de ser aplicable.
- b) Copia de un recibo de cualquier servicio básico.
- c) Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior.

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

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:

Nº de credencial del asesor de seguros:

Fecha:

Funcionario de MAPFRE Atlas:

Agencia/Área:

Fecha:

Firma del asesor _____

Firma del funcionario _____

DATOS GENERALES

Nombre o razón social			N° de RUC
Fecha de constitución	Actividad económica	Nacionalidad	Provincia
Ciudad/ Cantón	Dirección	Correo electrónico	Teléfono

DATOS DEL APODERADO GENERAL O REPRESENTANTE LEGAL

<input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Apoderado General <input type="checkbox"/> Representante Legal	Apellidos	Nombres	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de nacimiento	N° de identificación	Nacionalidad	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero-a <input type="checkbox"/> Casado-a <input type="checkbox"/> Divorciado-a <input type="checkbox"/> Viudo-a <input type="checkbox"/> Unión libre
Datos del cónyuge			
Apellidos	Nombres	Documento de identificación	
Datos del domicilio			
Provincia	Ciudad/ Cantón	Dirección	
Correo electrónico	Teléfono	Celular	

¿Se considera una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí No

Persona Expuesta Políticamente: quien desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior. También se considera PEP al cónyuge, conviviente o pariente que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, o un colaborador cercano.

INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

Ingresos mensuales	Total Activos	Total Pasivo	Total Patrimonio
\$	\$	\$	\$

DATOS DE LA RELACIÓN COMERCIAL

Ramo (s)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Suma asegurada <input type="checkbox"/> Igual o menor de \$200.000 <input type="checkbox"/> Mayor de \$200.000
----------	--	---

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 como los fondos a ser utilizados para el pago de prima, provienen y provendrán de una fuente lícita y no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades a las que se refiere el artículo 14 de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos publicada en el suplemento del Registro Oficial N° 352 del 30 de diciembre de 2010 (a la ley N° 127).

Autorización.- Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a Mapfre Atlas Compañía de Seguros S.A. a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro, así como en el buró de crédito sobre la información de riesgos personal y reportar las obligaciones económicas que se deriven de la relación comercial.

Fecha: _____

Firma del cliente _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PERSONA NATURAL O COMERCIANTE INDIVIDUAL

<input type="checkbox"/> a) Copia de la escritura de constitución y de sus reformas, de existir éstas.	<input type="checkbox"/> f) Certificado de cumplimiento de obligaciones otorgado por el órgano de control competente, de ser aplicable.
<input type="checkbox"/> b) Copia de la cedula de identidad del representante del Legal, y del cónyuge o conviviente de ser aplicable.	<input type="checkbox"/> g) Estados financieros mínimo de un año atrás, estarán auditados si lo exige la ley.
<input type="checkbox"/> c) Copia certificada del nombramiento del representante legal o poder legal	<input type="checkbox"/> h) Copia de un recibo de cualquier servicio básico.
<input type="checkbox"/> d) Copia del RUC.	<input type="checkbox"/> i) Confirmación del pago del impuesto a la renta del año inmediato anterior.
<input type="checkbox"/> e) Nómina actualizada de accionistas o socios, en la que consten los montos de acciones o participaciones.	

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

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 MAPFRE Atlas:
N° de credencial del asesor de seguros:	Agencia/Área:
Fecha:	Fecha:
_____	_____
Firma del asesor	Firma del funcionario

FORMAS DE PAGO - PRODUCTO PYMES

<i>Formas de pago</i>	<i>Vía de Cobro</i>	<i>Fraccionamiento</i>	<i>Recargo</i>
Contado	Efectivo	Contado	0%
	Cheque	Contado	0%
	Tarjeta de débito/ crédito	Contado	0%
Financiamiento	Cuotas no menores a \$50,00	2 cuotas con intereses	1%
		3 cuotas con intereses	2%
		4 cuotas con intereses	2%
		5 cuotas con intereses	3%
		6 cuotas con intereses	3%
		7 cuotas con intereses	4%
		8 cuotas con intereses	4%
		9 cuotas con intereses	5%
		10 cuotas con intereses	5%
		11 cuotas con intereses	6%
		12 cuotas con intereses	6%
		Débito bancario/ Tarjeta de crédito (Debe llenar el formulario de débito)	
	3 cuotas sin intereses		0%
	4 cuotas sin intereses		0%
	5 cuotas sin intereses		0%
	6 cuotas sin intereses		0%
	7 cuotas sin intereses		0%
	8 cuotas sin intereses		0%
	9 cuotas sin intereses		0%
Tarjeta de Crédito (Diners)		2 cuotas sin intereses	0%
		3 cuotas sin intereses	0%
Débito Tarjeta de Crédito		C.I.+ 1 Cuota con Intereses	1%
		C. I. + 2 Cuotas con Intereses	2%
		C. I. + 3 Cuotas con Intereses	2%
		C. I. + 4 Cuotas con Intereses	3%
		C. I. + 5 Cuotas con Intereses	3%
		C. I. + 6 Cuotas con Intereses	4%
		C. I. + 7 Cuotas con Intereses	4%
		C. I. + 8 Cuotas con Intereses	5%
		C. I. + 9 Cuotas con Intereses	5%
		C. I. + 10 Cuotas con Intereses	6%
		C. I. + 11 Cuotas con Intereses	6%

**MAPFRE | ATLAS****AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO****TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA O TARJETA DE CRÉDITO**

Nombre: _____

Cédula /RUC: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono /Celular: _____

MEDIO DE PAGO
 Cuenta de Ahorros
 Cuenta Corriente
 Tarjeta de Crédito

Banco/Tipo de Tarjeta: _____

N° de Cuenta/Tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de caducidad:

MES	AÑO

DECLARACIÓN

En calidad de titular de la cuenta/tarjeta arriba descrita, autorizo expresamente a MAPFRE Atlas Compañía de Seguros S.A. para que realice el débito automático de los valores correspondientes por concepto de pago de primas.

-
- Todas las pólizas y suplementos
-
-
- Sólo la siguiente póliza y sus suplementos:

N° de póliza: _____

Llenar solo en caso de que el Asegurado no sea el Pagador

Asegurado: _____

Cédula /RUC: _____

Parentesco/Relación: _____

 Periodicidad de pago:
 Mensual
 Anual
 Día de pago:

Me comprometo a no revocar la presente autorización, sin el previo acuerdo con MAPFRE Atlas Compañía de Seguros S.A. En caso de no poder efectuar el débito automático por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta/tarjeta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a la compañía de seguros, acepto que: A) Se realice el débito en otras fechas, B) Que se debiten varias cuotas acumuladas y C) Que se dé por terminado el contrato de seguro y que sea retirada la cobertura de acuerdo lo indicado en la cláusula "Pago de cuotas".

En caso de pérdida, robo o cualquier circunstancia por el cual fuere cambiado mi número de cuenta/tarjeta me comprometo a notificar el nuevo número y a firmar una nueva autorización para que se efectúen los débitos correspondientes.

Autorizo a la entidad financiera a efectuar todos los pagos relacionados con mi Póliza de seguros contratada, así como las posteriores primas generadas por pólizas nuevas o renovaciones. La prima acordada podrá ser reajustada anualmente de acuerdo a las condiciones del mercado o siniestralidad de la persona asegurada.

Firma del titular de la cuenta/tarjeta_____
Ciudad y fecha**PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA**

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 del asesor de seguros: Nombre del funcionario de MAPFRE: N° de credencial: Agencia/Área: _____
Firma del asesor_____
Firma del funcionario

Fecha de actualización: Enero-2018