



REGISTRO DE DATOS- PERSONA INDIVIDUAL

Código Cliente

Póliza Nueva Renovación Contratante Asegurado Responsable de Pago

Importante: si el Responsable de Pago es diferente al Contratante o Asegurado deberá completarse una boleta adicional de acuerdo al tipo de persona (Individual o Jurídica).

<input type="text"/> 1er Apellido	<input type="text"/> 2o. Apellido	<input type="text"/> Apellido Casada
<input type="text"/> 1er. Nombre	<input type="text"/> 2o. Nombre	<input type="text"/> 3er Nombre
<input type="text"/> NIT	<input type="text"/> DPI o Pasaporte	<input type="text"/> Extendido en
<input type="text"/> Fecha de nacimiento	<input type="text"/> Lugar de nacimiento	<input type="text"/> Profesión u Oficio
<input type="text"/> Estado Civil	<input type="text"/> Nacionalidad	<input type="text"/> Otra nacionalidad

Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE-PEP- SI NO

Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE SI NO

Si una o las dos respuestas anteriores son afirmativas deberá adjuntar a la presente el Anexo AIII. PEP

Domicilio	<input type="text"/>
Cobro	<input type="text"/>
Oficina	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

TELÉFONOS

<input type="text"/> Domicilio	<input type="text"/> Oficina	<input type="text"/> Celular
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

NEGOCIOS DE SU PROPIEDAD

Hago constar que al solicitar esta(s) póliza(s) y cualesquiera otra (s) que solicite en el futuro o por cualquier otra relación comercial, expresamente autorizo para que se verifique cualquier información de mi persona, en cualquier base de datos pública o privada, con motivo de la regulación aplicable, principalmente la contenida en la Ley de Acceso a la información Pública (Decreto 57-2008), autorización extensiva y expresa a las empresas que prestan servicios de información para que puedan suministrar información de mi persona.

Base Legal: Artículos 12 y 20, Acuerdo Gubernativo 118-2002	TIPO DE PRODUCTO	GASTOS MEDICOS VIME
-------------------------------------------------------------	------------------	---------------------

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN CONSIGNÓ LA INFORMACIÓN _____ FECHA DE ENTREGA _____

CÓDIGO AGENTE _____ UNIDAD DE SUSCRIPCION _____