



PERFIL INTEGRAL DE CLIENTE PARA CLIENTE JURÍDICO

PLDFT-PICJ-002

1. DATOS DEL CONTRATANTE CLIENTE JURÍDICO

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
NÚMERO RUC	GIRO DEL NEGOCIO
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	
TELÉFONO	FAX
PÁGINA WEB	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE Y CORREO DEL CONTACTO DIRECTO	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRES	APELLIDOS
NACIONALIDAD	CÉDULA DE IDENTIDAD
PASAPORTE N°	CÉDULA DE RESIDENCIA N°
ACCIONISTAS / ASOCIADOS QUE TENGA MÁS DEL 10% DEL CAPITAL	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN

2. DATOS DEL ASEGURADO - COMPLETAR EL NÚMERAL 2, SOLO SI EL ASEGURADO CORRESPONDE A UNA PERSONA DISTINTA DEL CONTRATANTE

RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE COMERCIAL	
NÚMERO RUC	GIRO DEL NEGOCIO
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	
TELÉFONO	FAX
PÁGINA WEB	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE Y CORREO DEL CONTACTO DIRECTO	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRES	APELLIDOS
NACIONALIDAD	CÉDULA DE IDENTIDAD
PASAPORTE N°	CÉDULA DE RESIDENCIA N°

3. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

ÁREA GEOGRÁFICA DE LA ACTIVIDAD DEL NEGOCIO

LOCAL	<input type="checkbox"/>	NACIONAL	<input type="checkbox"/>	CENTROAMERICANA	<input type="checkbox"/>	INTERNACIONAL	<input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD DEL NEGOCIO									
INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	SERVICIO	<input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input type="checkbox"/>	TURISMO	<input type="checkbox"/>
GOBIERNO	<input type="checkbox"/>	ONG	<input type="checkbox"/>	OTRO / EXPLIQUE					
MONTO DE INGRESOS / VENTAS PROMEDIO									



PERFIL INTEGRAL DE CLIENTE PARA CLIENTE JURÍDICO

4. ORIGEN DE LOS FONDOS PARA EL PAGO DE LA PRIMA

PROPIOS	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	COMPRADOR	<input type="checkbox"/>	DONADOR	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------

5. TIPO DE OPERACIÓN

SEGURO	<input type="checkbox"/>	FIANZA	<input type="checkbox"/>	LÍNEA DE FIANZA	<input type="checkbox"/>			
SUMA ASEGURADA		CÓRDOBAS	<input type="checkbox"/>	DÓLARES	<input type="checkbox"/>			
PÓLIZA	NUEVA <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/>					
RAMO	VIDA	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>	AUTOMÓVIL	<input type="checkbox"/>
	INCENDIO	<input type="checkbox"/>	FIANZA	<input type="checkbox"/>	DIVERSOS	<input type="checkbox"/>		

6. SEGUROS CON OTRAS COMPAÑÍAS

RAMO	VIDA	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>	AUTOMÓVIL	<input type="checkbox"/>
	INCENDIO	<input type="checkbox"/>	FIANZA	<input type="checkbox"/>	DIVERSOS	<input type="checkbox"/>		

“Autorizo a MAPFRE | NICARAGUA para verificar, por cualquier medio legal, toda la información para efectos que he proveído de las relaciones o cuentas que sustentan este perfil”.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
(CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

FECHA: _____

PARA USO MAPFRE | NICARAGUA

NOMBRE INTERMEDIARIO / ASESOR DE SEGUROS RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO / ASESOR DE SEGUROS RESPONSABLE

FECHA DE RECIBIDO: _____
PLD / FT (MAPFRE)