



PERFIL INTEGRAL DE CLIENTE PARA PERSONA NATURAL

PLDFT-PICJ-002

1. DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRES		APELLIDOS	
NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO	<input type="checkbox"/>
CÉDULA DE IDENTIDAD		PASAPORTE	CÉDULA DE RESIDENCIA
GÉNERO	MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DOMICILIAR			
TELÉFONO CONVENCIONAL		CELULAR	FAX
CORREO ELECTRÓNICO			

TIPO DE VÍNCULO ENTRE EL CONTRATANTE Y ASEGURADO

FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	LABORAL	<input type="checkbox"/>	PERSONAL	<input type="checkbox"/>	OTROS (ESPECIFIQUE):	
ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICA (PEP):								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO PÚBLICO?								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN CASO QUE LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE EL CARGO DESEMPEÑADO								AÑO	
¿EJERCE O HA EJERCIDO UN CARGO DE ALTA JERARQUÍA EN ALGÚN PARTIDO POLÍTICO?								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, SE ENCUENTRA ESTRECHAMENTE RELACIONADO/ASOCIADO A UN FUNCIONARIO QUE EJERCE UN CARGO POLÍTICO?								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SU CÓNYUGE O ALGUNO DE SUS FAMILIARES, ¿EJERCE O HA EJERCIDO UN CARGO DE ALTA JERARQUÍA DENTRO DE ALGÚN PARTIDO POLÍTICO?								SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:

NOMBRE Y APELLIDOS	PERÍODO	PARENTESCO

2. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE

CATEGORÍA	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	AMA DE CASA <input type="checkbox"/>	JUBILADO <input type="checkbox"/>
OTROS (ESPECIFIQUE)					
CARGO QUE EJERCE			NOMBRE DE LA EMPRESA		
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA					
TELÉFONO CONVENCIONAL		CELULAR	INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES		
EN CASO DE HABER DETALLADO ESTUDIANTE / AMA DE CASA, FAVOR COMPLETAR LAS SIGUIENTES CASILLAS:					
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA PAGADORA DE LA PRIMA					
MONTO APROXIMADO DE INGRESOS PERCIBIDOS					



PERFIL INTEGRAL DE CLIENTE PARA PERSONA NATURAL

3. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO - COMPLETAR EL NÚMERAL 3, SOLO SI EL ASEGURADO CORRESPONDE A UNA PERSONA DISTINTA DEL CONTRATANTE

NOMBRES		APELLIDOS	
NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AAAA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO	<input type="checkbox"/>
CÉDULA DE IDENTIDAD		PASAPORTE	CÉDULA DE RESIDENCIA
GÉNERO	MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>
PROFESIÓN / OCUPACIÓN			
DIRECCIÓN DOMICILIAR			
TELÉFONO CONVENCIONAL		CELULAR	FAX
CORREO ELECTRÓNICO			

4. 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"/>		

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

SALARIO	<input type="checkbox"/>	HERENCIA	<input type="checkbox"/>	AHORRO	<input type="checkbox"/>	EMPRESA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<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 / ASEGURADO
(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)