

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE					
Pólizas Vigentes		Tipo de Póliza		Tipo	
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva		<input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Renovación	
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva		<input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Renovación	
Datos del Tomador / Asegurado /					
N° C.I. / Rif		Tipo de Persona		Nacionalidad	
		<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica		<input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	
Apellidos (s) Nombre (s) / Razón Social					
Sexo		Estado Civil		Lugar de Nacimiento	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V			
Profesión			Ocupación		
Ingresos Anuales Bs.			Actividad Económica		
Dirección de Habitación		Natural			
Dirección					
Urbanización		Municipio	Ciudad	Estado	País
Teléfono		Celular		Fax	E-mail
Dirección de la Persona Natural		Natural			
Dirección					
Urbanización		Municipio	Ciudad	Estado	País
Teléfono		Fax		E-mail	
De ser Persona Jurídica, indique los siguientes datos					
Siglas / Nombre Comercial					
Fecha de Constitución		N° de Registro		Tomo N°	
Representante Legal N° 1					
N° C.I. / Rif		Nacionalidad			
		<input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera			
Apellidos (s) Nombre (s) / Razón Social					
Sexo		Estado Civil		Lugar de Nacimiento	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V			
Profesión			Ocupación		
Ingresos Anuales Bs.			Actividad Económica		

Representante Legal N° 2 (En caso de existir)				
N° C.I. / Rif		Nacionalidad		
		Venezolana	Extranjera	
Apellidos (s) Nombre (s) / Razón Social				
Sexo		Estado Civil		Lugar de Nacimiento
F	M	S	C	D
				V
Profesión			Ocupación	
Ingresos Anuales Bs.			Actividad Económica	
Dirección de la Compañía Persona Jurídica				
Dirección				
Urbanización	Municipio	Ciudad	Estado	País
Teléfono	Celular	Fax		E-mail
Posee usted una asesoría con un Productor (es) de Seguros			Si	No
En caso de que su respuesta sea afirmativa, proceda a completar los siguientes ítems				
Código	Nombre (s) y Apellido (s)		Teléfono	Firma
Declaración de Fe del Tomador/Asegurado/Beneficiario				
<p>Yo, _____, declaro y doy fe de que el origen/destino de los fondos, bienes y/o haberes utilizados en las transacciones derivadas de la relación comercial que sostengo/sostenemos con ASEGURADORA NACIONAL UNIDA UNISEGUROS, S.A provienen de una fuente lícita, serán destinados para fines lícitos y no tienen relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al terrorismo, previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, la Provisión Administrativa N° SAA-8-004-2021 relativa a las «Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora» emanada de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y publicada en gaceta Oficial N° 42.128 del 17 de mayo de 2021 N° 39.694 y el ordenamiento jurídico que rige la materia. Los datos aportados en la presente declaración son verdaderos. Autorizo(amos) a ASEGURADORA NACIONAL UNIDA UNISEGUROS, S.A. a verificar los datos suministrados.</p>				
<p>En la Ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ de año 20__</p>				
<p>_____ Firma del Tomador / Asegurado</p>			<p>_____ Huella Dactilar</p>	
Verificación de Datos				
Sucursal	Gerente	Firma	Fecha	