

# Hoja de Gestión de Cobros

Nº \_\_\_\_\_

Número de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha del Vencimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Día Mes Año	Día Mes Año	
Tipo de Seguro:	<input type="text"/>		
Monto Inicial de la Prima	B/.	Canon Mensual	B/.
Gerencia Nacional y/o Regional	<input type="text"/>		

**PERSONA NATURAL**

<input type="text"/>		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
<input type="text"/>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>	
Nº de Cédula	<input type="text"/>	
Nº de Teléfono	<input type="text"/>	
Nº de Celular	<input type="text"/>	
Correo Electrónico	<input type="text"/>	
Apartado Postal	<input type="text"/>	
Domicilio / Dirección		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Provincia	Distrito	
<input type="text"/>		
Corregimiento		
<input type="text"/>		
Barriada		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numero	Calle	

**PERSONA JURIDICA**

<input type="text"/>			
NOMBRE D LA RAZON SOCIAL			
Tomo	<input type="text"/>	Folio	<input type="text"/>
Asiento	<input type="text"/>	Documento	<input type="text"/>
Digito Verificador	<input type="text"/>		
Domicilio / Dirección de la Empresa			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Provincia		Distrito	
<input type="text"/>			
Corregimiento			
<input type="text"/>			
Barriada			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Numero		Calle	
Nombre Representante Legal			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
<input type="text"/>			
PRIMER APELLIDO			
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad	<input type="text"/>		
Nº de Cédula	<input type="text"/>		
Nº de Teléfono	<input type="text"/>		
Nº de Celular	<input type="text"/>		
Correo Electrónico	<input type="text"/>		
Apartado Postal	<input type="text"/>		

Domicilio / Dirección del Representante Legal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Distrito
<input type="text"/>	
Corregimiento	
<input type="text"/>	
Barriada	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numero	Calle



