

Sello del Corredor

**MAPFRE****PANAMÁ****Solicitud de Póliza Responsabilidad Civil**

Conozca a su Cliente - Persona Natural

<b>DATOS GENERALES</b>						
Primer nombre (*)		Segundo nombre		Apellido paterno (*)		
Apellido materno			Apellido de casada/o			
Fecha de nacimiento (*)			Cédula / Pasaporte (*)			
Estado civil (*)			Sexo (*)			
Nacionalidad (*)			País de residencia (*)			
Apartado postal			Correo electrónico (*)			
Tel. residencial			Celular (*)			
Dirección residencial (*)						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	
						(Casa/Edificio)
<b>DATOS OCUPACIONALES</b>						
Profesión		Ocupación (*)				
Nombre de la empresa		Correo electrónico				
Teléfono de oficina/ Fax		Ingreso mensual aprox. (*)				
Dirección de la empresa						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	
						(Casa/Edificio)
Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos(*)						
En caso de ser diferente a Panamá indicar el(s) número(s) de Identificación tributaria						
<b>PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA</b>						
Las personas políticamente expuestas son aquellas personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará persona políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un periodo posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.						
¿Eres una persona políticamente expuesta? (*)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Relación / Cargo: _____			
Desde:	dd/mm/aaaa	Hasta:	dd/mm/aaaa	Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____ Cédula / Pasaporte: _____		
<b>DECLARACIÓN: DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFiable Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS</b>						
<b>PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00</b>						
El total de las primas anuales que usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 (*) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si su respuesta es afirmativa, favor completar también los campos marcados con doble asterisco (**).						
<b>DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN (**)</b>						
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:						
(detalle actividad comercial o negocio) _____						
<b>PERFIL FINANCIERO (*)</b>						
Ingresos anuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
Ingresos anuales por otras actividades	<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
<b>REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial) (**)</b>						
Nombre o razón social	Actividad	Relación con el Cliente		Teléfono de contacto		
1						
2						
3						
<b>DATOS DE PÓLIZA</b>						
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES (*)</b>						
Dirección del riesgo						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	
						(Casa/Edificio)
Tipo de empresa/ ocupación						
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta	
					(día)	
					(mes)	
					(año)	
Prima		Tarifa		Forma de pago		
					Número de pagos	
Dirección de cobro						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	
						(Casa/Edificio)
Acreedor hipotecario					Canal de venta	

(\*) Campos obligatorios.

(\*\*) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y personas políticamente expuestas.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Ave. La Rotonda y Blvd. Costa del Este  
 Edificio GMT - Ciudad de Panamá  
 Apartado Postal 0816-03629  
 Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888  
 R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98  
**MAPFRE | PANAMÁ**  
[www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa)

**LÍMITES (\*)**

Límite Único Combinado	B/. _____	Deductible	B/. _____	
Lesiones corporales	Por personas	B/. _____	Por accidente	B/. _____
Daños a la propiedad ajena	Por accidente	B/. _____	En agregado	B/. _____

**DESCRIPCIÓN DEL BIEN A ASEGUAR (\*)**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Residencial             | <input type="checkbox"/> Comercial            | <input type="checkbox"/> Hotel                    | <input type="checkbox"/> Valet parking      |
| <input type="checkbox"/> Colegio                 | <input type="checkbox"/> Eventos              | <input type="checkbox"/> Proyecto en construcción | <input type="checkbox"/> Carga transportada |
| <input type="checkbox"/> Restaurante             | <input type="checkbox"/> Maquinaria y equipos | <input type="checkbox"/> RC en exceso             |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa) _____. |   |   |   |

**MEDIDAS DE SEGURIDAD (\*)****RESPONSABLE DE PAGO**

Favor completar formulario Conozca a su Cliente adicional para el Responsable de Pago, cuando este sea distinto al Contratante de la Póliza.

**DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) (\*):**

Si  No  Para nacionales: favor incluya copia de su cédula de identidad personal.

Para extranjeros: favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

"Con mi firma en esta solicitud de seguro, y dando cumplimiento a lo establecido por la Ley 24 de 2002 y demás normativa aplicable, por este medio consentimos y autorizamos expresamente a que **MAPFRE | PANAMÁ, S.A.** recopile datos que reflejen las transacciones económicas, mercantiles, financieras o crediticias (Historial de Crédito) que mantenga con dicha empresa; que dichos datos sean transmitidos o suministrados por **MAPFRE | PANAMÁ, S.A.** a las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha Ley y que dichas agencias de información de datos suministren dichos datos a los agentes económicos a que se refiere la misma. De igual manera, consentimos y autorizamos expresamente a que **MAPFRE | PANAMÁ, S.A.** tenga acceso a los datos que reflejen las transacciones económicas, mercantiles, financieras o bancarias (Historial de Crédito) que he mantenido en el pasado, mantengo en el presente o en el futuro con otros agentes económicos, existente en las bases de datos de las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha Ley o de cualquier otro agente económico como lo define la misma."

Firma del Cliente (*)		Fecha (*)
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>		
Nombre o razón social (*)		Nº Licencia (*)
Firma del Corredor (*)		Fecha (*)
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>		
Nombre y apellido del colaborador que revisa (*)		
Cargo/ Ocupación (*)	Firma (*)	Fecha (*)

(\*) Campos obligatorios.

(\*\*) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y personas políticamente expuestas.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.