

**MAPFRE | PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este  
 Edificio P.H. – GMT-P.B.  
 Panamá, 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

## Solicitud de Póliza MAPFRE Empresarial

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

|   |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| Tipo de cliente:    Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario del Seguro <input type="checkbox"/> Responsable de Pago <input type="checkbox"/>   |  |              |  |
| Explique la relación entre Contratante, Asegurado, Beneficiario y Pagador, en los caso que aplique:   |  |              |  |
| Razón social de la empresa (*)  |  |              | RUC (*)  |
| Nombre comercial  |  |              | Aviso de operaciones (*)                             |
| Datos de inscripción / Folio (*)  |  |              | Fecha de constitución (*)    (día)    (mes)    (año) |
| País de constitución (*)  |  |              | Inicio de operaciones                                |
| Teléfono / Celular (*)  |  |              | Fax / Apartado postal                                |
| Correo electrónico (*)  |  |              | Página web   |
| Grupo económico   |  |              |  |
| Actividad a la cual se dedica (*)   |  |              |  |
| Tipo / Objetivos / Fines  |  |              |  |
| Dirección física (*)  | (País)    (Provincia)    (Distrito)    (Corregimiento)    (Barriada)    (Calle)    (Casa/Edificio) |              |  |
| Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos (*)  |  |              |  |
| En caso de ser diferente a Panamá indicar el(los) número(s) de Identificación tributaria:   |  |              |  |
| ¿Cotiza la Persona Jurídica en la bolsa de valores?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cuál  |  |              |  |
| <b>AGENTE RESIDENTE</b>   |  |              |  |
| Nombre y apellido   |  |              | Dirección  |
| <b>DIRECTORES DE LA JUNTA DIRECTIVA / CONSEJO FUNCIONAL</b>   |  |              |  |
| Nombre y apellido   | Cédula/ Pasaporte  | Nacionalidad | Cargo  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
| <b>DIGNATARIOS / OTROS APODERADOS</b>   |  |              |  |
| Nombre y apellido   | Cédula/ Pasaporte  | Nacionalidad | Cargo  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
| <b>DATOS DEL <input type="checkbox"/> APODERADO LEGAL o <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL</b>  |  |              |  |
| Nombre y apellido (*)   |  |              | Cédula/ No. de pasaporte (*)                         |
| Fecha de nacimiento (*)   |  |              | Lugar de nacimiento (*)                              |
| Sexo (*)  |  |              | Estado civil (*)                                     |
| Profesión, oficio u ocupación (*)   |  |              | Nacionalidad (*)                                     |
| Teléfono residencial/ Celular (*)   |  |              | Residencia (país) (*)                                |
| Apartado postal   |  |              | Correo electrónico (*)                               |
| Dirección residencial (*)   | (Provincia)    (Distrito)    (Corregimiento)    (Barriada)    (Calle)    (Casa/Edificio)           |              |  |
| Observaciones   |  |              |  |
| Indique si el Representante Legal, Apoderado o la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. (*)<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |              |  |
| <b>ACCIONISTAS / SOCIOS / ASOCIADOS</b>   |  |              |  |
| Nombre y apellido   | Cédula/ Pasaporte  | Nacionalidad | Porcentaje   |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
|   |  |              |  |
| <b>OTROS BENEFICIARIOS FINALES / FUNDADORES</b>   |  |              |  |
| Nombre y apellido   | Cédula / Pasaporte   | Nacionalidad |  |
| Observaciones   |  |              |  |
| Nombre y apellido   | Cédula / Pasaporte   | Nacionalidad |  |
| Observaciones   |  |              |  |
| Nombre y apellido   | Cédula / Pasaporte   | Nacionalidad |  |
| Observaciones   |  |              |  |

**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

**PERFIL FINANCIERO (\*)**

**Ingresos anuales actividad principal**     Menos de 250 mil US\$     250 mil a 1 millón US\$     1 millón a 10 millones US\$     Más de 10 millones US\$

**Ingreso anuales por otras actividades**     Menos de 250 mil US\$     250 mil a 1 millón US\$     1 millón a 10 millones US\$     Más de 10 millones US\$

**REFERENCIAS (Favor suministrar una comercial y una bancaria) (\*\*)**

| Nombre o razón social | Actividad | Relación con el Cliente | Teléfono de contacto |
|-----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|
| 1                     |           |                         |                      |
| 2                     |           |                         |                      |

**DATOS DE PÓLIZA****CARACTERÍSTICAS GENERALES (\*)**

|                            |                   |             |                     |                       |                         |
|----------------------------|-------------------|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| Dirección del riesgo       |                   |             |                     |                       |                         |
|                            | (Provincia)       | (Distrito)  | (Corregimiento)     | (Barriada)            | (Calle) (Casa/Edificio) |
| Tipo de empresa/ ocupación |                   |             |                     |                       |                         |
| Vigencia                   | Desde             | (día)       | (mes)               | (año)                 | Hasta (día) (mes) (año) |
| Suma asegurada             | Contenido: _____  | Tasa: _____ |                     | Prima: B/. _____ + 5% |                         |
|                            | Estructura: _____ | Tasa: _____ |                     | Prima: B/. _____ + 5% |                         |
|                            |                   |             | <b>PRIMA TOTAL:</b> |                       |                         |
|                            |                   |             | B/. _____ +5%       |                       |                         |
| Forma de pago              |                   |             |                     | Número de pagos       |                         |
| Dirección de cobro         |                   |             |                     |                       |                         |
|                            | (Provincia)       | (Distrito)  | (Corregimiento)     | (Barriada)            | (Calle) (Casa/Edificio) |
| Acreedor hipotecario       |                   |             |                     | Canal de venta        |                         |

**CARACTERÍSTICAS DEL BIEN A ASEGURAR (\*)**

|                      |  |                     |  |
|----------------------|--|---------------------|--|
| Tipo de construcción |  |                     |  |
| Paredes de           |  | Paredes internas de |  |
| Piso de              |  | Techo de            |  |
| N° de pisos          |  | Ocupación en PB     |  |
| Ocupación en P/Altos |  | Finca               |  |
| Tomo                 |  | Folio               |  |

**MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA INCENDIO (\*)**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alarma contra incendio  | <input type="checkbox"/> Extintores Vigentes - Cant. _____ | <input type="checkbox"/> Sistema de Rociadores Automáticos |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa) _____. |  |  |

**MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA ROBO (\*)**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verjas de hierro en ventanas | <input type="checkbox"/> Verjas de hierro en puertas   | <input type="checkbox"/> Puerta enrollable      |
| <input type="checkbox"/> Portero eléctrico            | <input type="checkbox"/> Alarma contra robo            | <input type="checkbox"/> Garita de seguridad    |
| <input type="checkbox"/> Perímetro cercado            | <input type="checkbox"/> Guardia de seguridad/ celador | <input type="checkbox"/> Circuito Cerrado de TV |
| <input type="checkbox"/> Otros (describa) _____.      |  |   |

**COBERTURAS (\*)**

Según Cotización Adjunta.

**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.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (cotejar):**

Si  No  Copia o impresión web de Certificación de Registro Público actualizado de la Entidad, que incluya representación legal de la misma. (www.registro-publico.gob.pa). (\*)

Si  No  Copia de cédula de identidad personal del Representante Legal o Apoderado. En caso de extranjeros, verificar pasaporte incluyendo página con su firma y documento que acredite su legal estancia en el país. (\*)

Si  No  Carta firmada por el Tesorero, Secretario o Representante de la Sociedad, en que se establezca la identificación de los accionistas, con más de un 10% de acciones. La misma debe contener la siguiente información: nombre y apellido, cédula o pasaporte, o documento equivalente que acredite la estancia legal en el país, nacionalidad y país de residencia.

"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."

"El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa. y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional."

|  |  |                  |           |
|--|--|------------------|-----------|
| <b>Firma del Rep. Legal o Apoderado (*)</b>      |  | <b>Fecha (*)</b> |           |
| <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 (*) |