Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este Edificio GMT- Ciudad de Panamá | P.O. Box 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
MAPFRE | PANAMÁ R.U.C.: 597-46-103707 D.V. 98
www.mapfre.com.pa

DECLARACIÓN NO. 1

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

Antes de proceder a completar esta declaración, rogamos se lean con atención y se cumplan estrictamente las instrucciones especiales que se encuentran al final de este documento. Por favor, revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas, de esta forma se evitarán demoras y se obtendrá el despacho inmediato de la reclamación.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

DATOS GENERALES

Razón social de la empresa			
RUC		Nombre comercial	
Aviso de operaciones		Datos de inscripción / Folio	
Fecha de constitución	(dd/mm/aaaa)	País de constitución	
Teléfono		Fax / Apartado postal	
Correo electrónico		Grupo económico	
Actividad a la cual se dedica			
Dirección física	(País) (Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)		

¿Tiene obligaciones fiscales con un país que no sea Panamá? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, detalle el(los) País(es)

Tax Identification Number de E.E.U.U. (Sólo si aplica)

¿Cotiza la Persona Jurídica en la bolsa de valores? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, detalle el(los) País(es)

AGENTE RESIDENTE

Nombre y apellido		Dirección	

DIRECTORES DE LA JUNTA DIRECTIVA / CONSEJO FUNCIONAL

Nombre y apellido	Cédula/ Pasaporte	Nacionalidad	Cargo

DIGNATARIOS / OTROS APODERADOS

Nombre y apellido	Cédula/ Pasaporte	Nacionalidad	Cargo

DATOS DEL ☐ APODERADO LEGAL o ☐ REPRESENTANTE LEGAL

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. (*)
Sí ☐ No ☐

ACCIONISTAS / SOCIOS / ASOCIADOS

Nombre y apellido	Cédula/ Pasaporte	Nacionalidad	Porcentaje

OTROS BENEFICIARIOS FINALES / FUNDADORES

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

DATOS DEL SINIESTRO

PRUEBAS DE MUERTE relacionadas con el siniestro de asegurado _____

en MAPFRE PANAMA, S.A., según Póliza número _____ Plan _____

expedida _____ por la cantidad de B/. _____

INFORMACIÓN DEL FINADO

1. Nombres y apellidos del finado con todas sus letras						
2. Residencia	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
3. Ocupación al momento de emitir la póliza.						
Ocupación cuando ocurrió el fallecimiento						

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

4. Fecha y lugar de nacimiento	Fecha	(dd/mm/aaaa)	Lugar	
	(Si la edad no ha sido aún probada por la Compañía, el reclamante deberá adjuntar a esta declaración el certificado de nacimiento respectivo).			
5. Fecha y lugar de fallecimiento	Fecha	(dd/mm/aaaa)	Lugar	
6. ¿Era casado el asegurado?	Sí ☐ No ☐		¿Cuántas veces estuvo casado?	
Indicar fechas y detalle de cada matrimonio:				
7. Indicar si el asegurado dejó testamento o falleció intestado				
Si existe testamento, indique usted si por disposición testamentaria se cambió en alguna forma el nombramiento de beneficiario hecho en la póliza, o el modo de efectuar el pago de la misma:				

8. Otras compañías en la que estaba asegurada la vida del finado

Compañía	Suma Asegurada

9. Personas presentes al ocurrir el fallecimiento (indicar nombre y dirección de tres personas)

Nombre y apellido						
Dirección						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre y apellido						
Dirección						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre y apellido						
Dirección						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)

10. ¿Desea usted llevar a cabo la liquidación de este seguro, de acuerdo con alguno de los planes que se indican en la póliza de la persona fallecida? Sí ☐ No ☐

11. ¿Con que carácter o título usted reclama el seguro? _____

En caso de reclamar el seguro representando a un menor de edad, indicar el nombre completo, identificación y fecha de nacimiento del menor:

Nombre _____ Identificación _____ Fecha de nacimiento _____

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Definición: La legislación de Panamá define como Persona Expuesta Políticamente (PEP) a toda persona nacional o extranjera que desempeñe o haya desempeñado funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como son: los jefes de Estado o de un gobierno; políticos de alto perfil; funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía; los altos ejecutivos de corporaciones que pertenecen al Estado; los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular; entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas. También aquellas personas que cumplen o a quienes se les ha confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes. Lo anteriormente expuesto no persigue cubrir personas de rango medio o más bajo que las categorías señaladas. El concepto de PEP debe extenderse a sus familiares cercanos, entendiéndose por éstos el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de la PEP; y a sus estrechos colaboradores, entendiéndose por estos, las personas conocidas por su íntima relación con respecto a la PEP, incluyendo a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la PEP.

Indique si uno de los accionistas con más de 10% de la tenencia de acciones, apoderado o representante legal es una "Persona Expuesta Políticamente" o es un familiar cercano o estrecho colaborador de un PEP: Sí ☐ No ☐

Escriba el (los) nombre(s) de las Persona Expuesta políticamente:

Nombre y apellido		Cargo	
Nombre y apellido		Cargo	

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (cotejar) :

Sí ☐ 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)

Sí ☐ 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

Sí ☐ No ☐
- Sociedades anónimas: 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.
- Personas jurídicas nacionales o extranjeras, fideicomisos, fundaciones de interés privado, organizaciones no gubernamentales, instituciones de beneficencia o sin fines de lucro: acta, certificación o declaración jurada debidamente suscrita por los representantes o personas autorizadas, donde se detalle el o los beneficiarios finales con un porcentaje igual o mayor al diez por ciento (10%).

Se exceptúan del requerimiento de identificación del beneficiario del seguro las empresas que cotizan sus acciones en la bolsa, las empresas públicas, los bancos, las aseguradoras y las reaseguradoras.

FECHADO en _____ el día _____ de _____ de 20_____

Firma del Beneficiario _____

CONSTANCIA

Hacemos constar que en nuestra presencia, _____

_____

_____

Testigo _____ Firma _____ Domicilio _____

Testigo _____ Firma _____ Domicilio _____

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

"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."

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

INSTRUCCIONES ESPECIALES

La DECLARACIÓN NO.1 debe ser contestada y firmada personalmente por el beneficiario o cesionario a quien deba pagarse el seguro. En caso de existir varios beneficiarios, cada uno debe completar un formulario.

Cuando la póliza deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la declaración deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesivo correspondiente.

En caso de que el beneficiario o cesionario de póliza que reclame el pago del seguro no sepa leer, deberá expresarse esta circunstancia, imprimir su huella digital y firmar a su ruego la persona. La constancia que aparece al pie de la declaración, deberá suscribirse por dos testigos y podrá llenarse con la siguiente redacción:

"Hacemos constar que en nuestra presencia ---------- imprimió su huella digital en virtud de no saber firmar, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad con ellas, y a su ruego firmó ----------".

Cuando una póliza debe pagarse a un menor de edad, la declaración deberá ser hecha por su representante legal, quien deberá justificar su carácter.

Cuando una póliza haya sido cedida, deberá acompañarse el documento original de traspaso o copia del mismo. Si acompaña solamente la copia, el documento original deberá ser entregado a la Compañía con la póliza antes de pagarse la reclamación.

En caso de que un beneficiario substituto reclame el pago de la póliza por haber fallecido el beneficiario principal, deberá justificar su fallecimiento, exhibiendo copia certificada del acta de defunción.

Si el importe total o parcial de una póliza debe pagarse "a los hijos" en general, o "a los hijos habidos en el matrimonio con ----------" deberá rendirse una información testimonial ante los tribunales competentes sobre las fechas de nacimiento y nombres de los hijos del asegurado y exhibirse a la Compañía copia certificada de dicha información y de las actas de nacimiento de cada uno de ellos. Si alguno de los "hijos" hubiere fallecido, deberá presentarse copia del acta de defunción.

Si al ocurrir el fallecimiento del asegurado, no había sido aún admitida su edad por la compañía, el reclamante deberá comprobarla presentando el certificado de nacimiento u otro documento fehaciente.

En caso de muerte violenta por accidente, proyectil de arma de fuego, etc., u otra causa violenta semejante, los interesados deberán facilitar detalles completos del siniestros, indicando si el recibió o no asistencia médica; y en su caso deberán presentar a la compañía copia del acta levantada por las autoridades, así como los recortes de periódicos que hagan referencia a la muerte del asegurado.

Siempre que la causa del fallecimiento haya motivado investigación judicial, deberá acompañarse copia certificada de las principales diligencia que aclaren y justifiquen la causa del fallecimiento.

La DECLARACIÓN NO. 1 deberá ser formulada por una persona mayor de edad, que haya conocido íntimamente al finado y no tenga interés alguno en la reclamación.

Todas las preguntas que contienen las declaraciones deberán ser contestadas en forma clara y precisa; la Compañía se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente.

No es necesaria la intervención de terceras personas para el cobro de las pólizas de seguro; en consecuencia evítese el pago de comisiones u honorarios, formulando su reclamación directamente a la Compañía.

Todos los campos en este formulario deben ser completados.