



## Solicitud de Póliza de Automóvil

Conozca a su Cliente Persona Natural

### DATOS GENERALES

|                           |             |                        |                 |                        |                         |
|---------------------------|-------------|------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|
| Primer nombre (*)         |             | Segundo nombre         |                 | Apellido paterno (*)   |                         |
| Apellido materno          |             | Apellido de casada/o   |                 |                        |                         |
| Fecha de nacimiento (*)   | (día)       | (mes)                  | (año)           | Cédula / Pasaporte (*) |                         |
| Estado civil (*)          |             | Sexo (*)               |                 |                        |                         |
| Nacionalidad (*)          |             | País de residencia (*) |                 |                        |                         |
| Apartado postal           |             | Correo electrónico (*) |                 |                        |                         |
| Teléfono residencial      |             | Celular (*)            |                 |                        |                         |
| Dirección residencial (*) |             |                        |                 |                        |                         |
|                           | (Provincia) | (Distrito)             | (Corregimiento) | (Barriada)             | (Calle) (Casa/Edificio) |

### DATOS OCUPACIONALES

|                          |             |                            |  |
|--------------------------|-------------|----------------------------|--|
| 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(los) número(s) de Identificación tributaria

### PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

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? (\*) Sí No Relación / Cargo: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) Cédula / Pasaporte: \_\_\_\_\_

**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

### PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00

El total de las primas anuales que pagas, son iguales o superan los B/. 10,000.00 (\*) Sí  No

Si tu respuesta es afirmativa, favor completa también los campos marcados con doble asterisco (\*\*).

### DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN (\*\*)

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:

(detalla actividad comercial o negocio) \_\_\_\_\_

### PERFIL FINANCIERO (\*)

Ingresos anuales actividad principal  Menos de 10 mil US\$  10 mil a 30 mil US\$  30 mil a 50 mil US\$  Más de 50 mil US\$  
 Ingresos anuales por otras actividades  Menos de 10 mil US\$  10 mil a 30 mil US\$  30 mil a 50 mil US\$  Más de 50 mil US\$

### REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial) (\*\*)

|   | Nombre o razón social | Actividad | Relación con el Cliente | Teléfono de contacto |
|---|-----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|
| 1 |                       |           |                         |                      |
| 2 |                       |           |                         |                      |
| 3 |                       |           |                         |                      |

### DATOS DE PÓLIZA

#### CARACTERÍSTICAS GENERALES (\*)

|                        |   |   |  |       |                  |
|------------------------|---|---|--|-------|------------------|
| Marca                  |   | Modelo  |  | Placa |                  |
| Valor del vehículo     |   | Nuevo <input type="checkbox"/> Usado <input type="checkbox"/> | Año  |       | Color            |
| Cilindros              |   | Capacidad   |  |       | Carrocería       |
| Peso del vehículo      | liviano <input type="checkbox"/> mediano <input type="checkbox"/> pesado <input type="checkbox"/>   | Tipo  | Moto <input type="checkbox"/> Vehículo de dos ejes <input type="checkbox"/> Vehículo de tres ejes o más <input type="checkbox"/> |       |                  |
| Número de Chasis o VIN |   | Serie   |  | Motor |                  |
| Clase                  |   | Extras  |  |       |                  |
| Uso                    | Particular <input type="checkbox"/> Indica si tu vehículo mantiene algún uso o fin especial, tal como:<br>Casa rodante <input type="checkbox"/> Auto de colección <input type="checkbox"/> Otro (detallar) <input type="checkbox"/> |   |  |       |                  |
|                        | Comercial (especificar) Vehículo de alquiler <input type="checkbox"/> Transporte privado de pasajeros por cuota <input type="checkbox"/> Transporte público de pasajeros <input type="checkbox"/>                                   |   |  |       | Cupo             |
|                        | Transporte de carga <input type="checkbox"/> Transporte de material peligroso o inflamable <input type="checkbox"/> Otro (detallar) <input type="checkbox"/>  |   |  |       | Núm. de asientos |

(\*) 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.

|   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| ¿El vehículo usa remolque de manera regular o eventualmente?  | Sí <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> |
| ¿El vehículo fue adquirido por primera vez en el extranjero?  | Sí <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> |
| ¿El vehículo fue declarado pérdida total en alguna compañía de seguros?   | Sí <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Has participado o estás participando o sospechas que inadvertidamente puedas estar participando, has sido o estás siendo investigado individualmente o en asocio con otras personas, en actividades ilícitas o en actividades de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Detallar:   |                             |
| Vigencia de la póliza   | Desde: (día) (mes) (año)  | Hasta: (día) (mes) (año)    |
| Forma de pago   | Número de pagos   | Canal de venta              |
| Acreeador hipotecario   | Leasing <input type="checkbox"/>  |                             |
| Dirección de cobro  | (Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio) |                             |
| Solicitante   |   |                             |

#### COBERTURAS (\*)

| Coberturas                 | Límites de Responsabilidad | Deducibles | Primas |
|----------------------------|----------------------------|------------|--------|
| Lesiones corporales        |                            |            |        |
| Daños a la propiedad ajena |                            |            |        |
| Gastos médicos             |                            |            |        |
| Comprensivo                |                            |            |        |
| Colisión/ Vuelco           |                            |            |        |
| Incendio                   |                            |            |        |
| Robo                       |                            |            |        |

#### RESUMEN DE PRIMAS (\*)

|  |  |
|--|--|
| Total póliza individual o flota          |  |
| Endoso naviera                           |  |
| Endoso Max.                              |  |
| Asiento conductor                        |  |
| Asiento pasajero (cantidad de pasajeros) |  |
| Otras coberturas                         |  |
| Sub-total                                |  |
| Descuento                                |  |
| Impuestos                                |  |
| <b>TOTAL</b>                             |  |

#### CONDUCTORES ADICIONALES

| Nombre | Cédula o no. de pasaporte/ Licencia | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) |
|--------|-------------------------------------|----------------------------------|
|        |                                     |                                  |
|        |                                     |                                  |
|        |                                     |                                  |

#### RESPONSABLE DE PAGO

Favor completa 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 incluye copia de tu cédula de identidad personal.  
 Para extranjeros: favor incluye copia de tu pasaporte o documento equivalente que acredite tu 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."

|  |  |                  |           |
|--|--|------------------|-----------|
| <b>Firma del Cliente (*)</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 (*) |

(\*) Campos obligatorios.

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