

**MAPFRE | PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Biv. 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

## Solicitud de Fianza de Corredor

### Conozca a su Cliente - Persona Natural

SI PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN DE CORREDOR DE SEGUROS (COIDSA, APROSEPA, CONALPROSE) ADJUNTAR CARTA AL MOMENTO DE SOLICITAR FIANZA PARA OBTENER EL BENEFICIO.

**Corredor de Seguros****Corredor de Bienes Raíces****Otros**

Sírvase emitir Fianza de Corredor de Seguros en base a la información que a continuación se detalla:

DATOS GENERALES			
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)
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: _____			
<b>DECLARACIÓN:</b> 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 usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 (*) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si su respuesta es afirmativa, favor completar 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:			
(detalle actividad comercial o negocio) _____			
PERFIL FINANCIERO (*)			
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\$			
REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial) (**)			
	Nombre o razón social	Actividad	Relación con el Cliente Teléfono de contacto
1			
2			
3			

(\*) 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.

DATOS DE PÓLIZA				
Límite:	B/. 10,000.00	Vigencia (desde) (*):	(día)	(mes) (año)

#### 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.

<b>DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) (*):</b>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 (*)	
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 (*)	

(\*) Campos obligatorios.

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