



## Solicitud de Póliza de Fidelidad de Empleados

Conozca a su Cliente - Persona Natural

| 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Relación / Cargo: _____  |                            |               |                      |                         |                         |
| Desde: _____ Hasta: _____ Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre: _____<br>(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa) 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>  |                            |               |                      |                         |                         |
| 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 (**).   |                            |               |                      |                         |                         |
| <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) _____  |                            |               |                      |                         |                         |
| _____  |                            |               |                      |                         |                         |
| _____  |                            |               |                      |                         |                         |
| 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  |                            |               |                      |                         |                         |
| 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   | Deducible                  |               |                      |                         |                         |
| Prima  | Tasa                       | 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.

**MEDIDAS DE SEGURIDAD (\*)**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verjas de hierro en ventanas | <input type="checkbox"/> Verjas de hierro en puertas   | <input type="checkbox"/> Puerta(s) de seguridad en los accesos |
| <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"/> Otros (describa) _____       |  |  |

**FIDELIDAD (\*)**

|   |                            |                     |
|---|----------------------------|---------------------|
| Cantidad de empleados   | Límite máximo por colusión | Máx. agregado anual |
| <input type="checkbox"/> Listado Adjunto (indicar nombre del empleado, cédula/ pasaporte y cargo) |                            |                     |

|                    |
|--------------------|
| Condición especial |
| Observaciones      |

**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.