

**Solicitud de Póliza Multimundial Comercial**

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: _____ (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 TRANSACCION (**)					
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			Prima		
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.**

**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 (\*)**

<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) _____.		

**COBERTURAS (\*)**

Sección Riesgos	Límite Máximo de Responsabilidad	Deducibles
<b>I. Incendio y Líneas Aliadas</b>	B/. _____	Ver Condiciones Generales
<b>II. Robo por forzamiento</b>		
A. Contenido	10% del I.B.	
A.1 Caja fuerte	10% del I.B.	
B. Asalto dentro del local	% del I.B.	
C. Asalto fuera del local	5% del I.B.	
<b>III. Responsabilidad Civil</b>	B/. 100,000.00 L.U.C.	B/. 250.00
<b>IV. Fidelidad</b> (describir número de empleados y funciones en página adjunta)		<input type="checkbox"/> Adjuntar Listado
A. Límite por empleado	B/. 1,000.00	B/. 250.00
B. Límite máximo por colusión	B/. 4,000.00	B/. 250.00
<b>V. Equipo Electrónico</b> (detallar equipo en página adjunta)	B/. _____	B/. 250.00 por evento <input type="checkbox"/> Adjuntar Listado
<b>VI. Vidrios y Letreros</b>	B./ 2,500.00	B/. 50.00 por evento <input type="checkbox"/> Adjuntar Listado

**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."

<b>Firma del Cliente (*)</b>		<b>Fecha (*)</b>	
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>			
<b>Nombre o razón social (*)</b>		<b>N° Licencia (*)</b>	
<b>Firma del Corredor (*)</b>		<b>Fecha (*)</b>	
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>			
<b>Nombre y apellido del colaborador que revisa (*)</b>			
<b>Cargo/ Ocupación (*)</b>	<b>Firma (*)</b>	<b>Fecha (*)</b>	

(\*) 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.**