



Solicitud de Póliza de Equipo Electrónico

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: _____					
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 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					

(*) 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

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				

ENDOSOS ESPECIALES (*)

<input type="checkbox"/> Worldwide	<input type="checkbox"/> Blanket	<input type="checkbox"/> Huelga, motín y conmoción Civil	<input type="checkbox"/> Equipos móviles y portátiles
<input type="checkbox"/> Terremoto	<input type="checkbox"/> Incendio, impacto de rayo, explosión y caída de aeronaves	<input type="checkbox"/> Desbordamiento, inundación, vientos huracanados, tempestad	
<input type="checkbox"/> Otros (describa) _____.			

DETALLE DEL EQUIPO A ASEGURAR (*)

Adjunta listado de equipos

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 (*)	
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.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.