



Solicitud de Póliza Contra Todo Riesgo para Contratistas (C.A.R.) Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

DATOS GENERALES			
Razón social de la empresa (*)		RUC (*)	
Nombre comercial		Aviso de operaciones (*)	
Datos de inscripción / Folio (*)		Fecha de constitución (*)	(día) (mes) (año)
País de constitución (*)		Teléfono/ Fax (*)	
Correo electrónico (*)		Grupo económico	
Actividad a la cual se dedica (*)			
Dirección física (*)	(País)	(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:			
AGENTE RESIDENTE (**)			
Nombre y apellido		Dirección	
DIRECTORES (**)			
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
DIGNATARIOS (**)			
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
DATOS DEL <input type="checkbox"/> APODERADO LEGAL o <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre y apellido (*)		Cédula/ No. de pasaporte (*)	
Fecha de nacimiento (*)		Lugar de nacimiento (*)	
Sexo (*)		Estado civil (*)	
Profesión, oficio u ocupación (*)		Nacionalidad (*)	
Teléfono residencial/ Celular (*)		Residencia (país) (*)	
Apartado postal		Correo electrónico (*)	
Dirección residencial (*)	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)
Indique si el Representante Legal, Apoderado o la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. (*)			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
ACCIONISTAS (**)			
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
BENEFICIARIO(S) DEL (LOS) SEGURO(S)			
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Dirección		Nacionalidad	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Dirección		Nacionalidad	
Nombre y apellido		Cédula/ No. de pasaporte	
Dirección		Nacionalidad	
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"/> 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 QUE EJERCE LA SOCIEDAD, SE ENCUENTRAN DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES:			
(por favor detalle actividad comercial o negocio) _____			

(*) Campos obligatorios.

(**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y fundaciones de interés privado.

PERFIL FINANCIERO (*)				
Ingresos anuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$	<input type="checkbox"/> 250 mil a 1 millón US\$	<input type="checkbox"/> 1 millón a 10 millones US\$	<input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$
Ingreso anuales por otras actividades	<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$	<input type="checkbox"/> 250 mil a 1 millón US\$	<input type="checkbox"/> 1 millón a 10 millones US\$	<input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$
REFERENCIAS (Favor suministrar una comercial y una bancaria) (**)				
Nombre o razón social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto	
1				
2				

DATOS DE PÓLIZA

CARACTERÍSTICAS GENERALES (*)						
Título del contrato	(si el proyecto consiste de varias secciones, especificar las mismas)					
Ubicación de la obra	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre del propietario						
Dirección del propietario	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre de contratista(s)						
Dirección de contratista(s)	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre de subcontratista(s)						
Nombre de proyectista(s) y/o de ingeniero(s) consultor(es)						

DESCRIPCIÓN DE LA OBRA (favor suministrar información técnica detallada) (*)	
Dimensiones (longitud, altura, profundidad, luz libre, número de pisos)	
Fundaciones (tipo, nivel máximo de excavación)	
Material constituyendo la estructura de la obra Concreto armado _____ Acero _____ Madera _____ Otros (especificar) _____	

Experiencia de contratista y/o subcontratistas en trabajos similares
--

Periodo de construcción					
Fecha de inicio de los trabajos	(día)	(mes)	(año)	Periodo de construcción	(meses)
Fecha de terminación de la obra	(día)	(mes)	(año)	Periodo de mantenimiento	(meses)

Descripción de los trabajos a ser ejecutados por los subcontratistas
--

Características del subsuelo	Roca <input type="checkbox"/>	Grava <input type="checkbox"/>	Arena <input type="checkbox"/>	Arcilla <input type="checkbox"/>	Rellenos <input type="checkbox"/>
¿Existen fallas geológicas en la zona?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Profundidad del nivel freático	metros
¿Existe río, lago, mar, etc., en la zona?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre _____			Distancia del sitio de los trabajos	metros

(*) Campos obligatorios.
 (**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y fundaciones de interés privado.

¿Desea incluir gastos adicionales por trabajo de horas extras, nocturnos, trabajos en días feriados?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil extracontractual?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Ha tomado el contratista una póliza de Responsabilidad Civil separado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Detalles de edificaciones existentes o propiedades vecinas que puedan ser afectadas por el trabajo contratado, tales como por excavaciones, anclajes, pilotajes, vibraciones, descenso del nivel freático, etc.:		

¿Existen edificaciones y/o estructuras en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control y custodia del propietario y/o contratista que deban ser asegurados en prevención de cualquier daño ocasionado por los trabajos ejecutados o por ejecutarse?

Sí No Límite de indemnización B/. _____

Descripción exacta de estas edificaciones y/o estructuras

Favor indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos (*)

Ítems a ser asegurados	Sumas aseguradas en balboas (B./)
SECCIÓN I – Daños materiales	
1. Contrato de construcción (Construcción permanentes o temporales, incluyendo todos los materiales a incorporarse en ellos).	
1.1. Valores de contrato	_____
1.2. Materiales o renglones	_____
2. Equipo de construcción (favor completar lista del Anexo 1)	_____
3. Maquinaria de construcción (favor completar lista del Anexo 2)	_____
4. Remoción de escombros (límite de indemnización)	_____
Suma asegurada total	_____
Coberturas adicionales que desea incluir, además de la cobertura principal A	
Cobertura B: Terremoto, temblor, maremoto, etc. ^(*)	Límites de indemnización en B/. ^(*) _____
Cobertura C: Ciclón, huracán, tempestad, inundación, etc. ^(**)	_____
Cobertura D: Mantenimiento	_____
Cobertura G: Remoción	_____
Coberturas especiales o endosos	_____
SECCION II – Responsabilidad Civil (cobertura E y F)	
1. Daños a Terceros en sus personas	
1.1. Para una persona	_____
1.2. Para varias personas	_____
2. Daños a terceros en sus bienes	_____
3. Responsabilidad Civil extracontractual	_____
* ¹ Límite de indemnización con respecto a cada una y todas las pérdidas o daños y/o serie de pérdidas o daños resultantes de un solo y mismo evento.	
* ² Límite de indemnización con respecto a cualquier accidente o serie de accidentes resultantes de un solo y mismo evento.	
Por la presente declaramos que las informaciones suministradas en este cuestionario son completas y ciertas hasta donde nos es posible determinarlo y convenimos que este cuestionario será la base y formará parte de toda póliza extendida en conexión con los riesgos arriba mencionados. Queda convenido que el asegurador se responsabilizará solamente de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y que el asegurado no presentara reclamaciones de cualquier otra naturaleza.	
El asegurador se compromete a utilizar estas informaciones en forma confidencial.	

(*) Campos obligatorios.

(**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y fundaciones de interés privado.

ANEXOS**Anexo 1****Detalle del equipo a asegurar**

Descripción	Valor de reposición	Año	Marca	Modelo	Serie

Anexo 2**Detalle del equipo a asegurar**

Descripción	Valor de reposición	Año	Marca	Modelo	Serie

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.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (cotejar):

Si No Copia o impresión web de Certificación de Registro Público actualizado de la Entidad, que incluya representación legal de la misma. (www.registro-publico.gob.pa) (*)

Si No Copia de cédula de identidad personal del Representante Legal o Apoderado. En caso de extranjeros, verificar pasaporte incluyendo página con su firma y documento que acredite su legal estancia en el país. (*)

Si No Carta firmada por el Tesorero, Secretario o Representante de la Sociedad, en que se establezca la identificación de los accionistas, con más de un 10% de acciones. La misma debe contener la siguiente información: nombre y apellido, cédula o pasaporte, o documento equivalente que acredite la estancia legal en el país, nacionalidad y país de residencia. (**)

“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 Rep. Legal o Apoderado (*)		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 fundaciones de interés privado.

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