



Solicitud de Póliza Contra Todo Riesgo para Contratistas (C.A.R.)

Conozca a su Cliente - Persona Natural

DATOS GENERALES					
Primer nombre (*)	Segundo nombre		Apellido de casada/o		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 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					
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)					

(*) Campos obligatorios.

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

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
¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 (*)

Items 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 continúan en la siguiente página)	

(*) Campos obligatorios.

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

Coberturas adicionales que desea incluir, además de la cobertura principal A	Límites de indemnización en B/. ^(*)
Cobertura B: Terremoto, temblor, maremoto, etc. ^(*)	_____
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 presentará reclamaciones de cualquier otra naturaleza.	
El asegurador se compromete a utilizar estas informaciones en forma confidencial.	

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.

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) (*):

Sí 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.