Sello del Corredor

MAPFRE | PANAMÁ

Solicitud de Póliza de Responsabilidad Civil de Garaje

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este
Edificio GMT, Ciudad de Panamá
Apartado Postal 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98
MAPFRE | PANAMÁ
www.mapfre.com.pa

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 ☐ APODERADO LEGAL o ☐ REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre y apellido (*)		Cédula/ No. de pasaporte (*)	
Fecha de nacimiento (*)		Lugar de nacimiento (*)	
Sexo (*)		Estado civil (*)	
Profesión, oficio u ocupación (*)		Nacionalidad (*)	
Tel. 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 ☐ No ☐

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☐ No☐

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 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.

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

PERFIL FINANCIERO (*)

Ingresos anuales actividad principal ☐ Menos de 250 mil US$ ☐ 250 mil a 1 millón US$ ☐ 1 millón a 10 millones US$ ☐ Más de 10 millones US$

Ingreso anuales por otras actividades ☐ Menos de 250 mil US$ ☐ 250 mil a 1 millón US$ ☐ 1 millón a 10 millones US$ ☐ 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 (*)

Dirección del riesgo	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)					
Tipo de empresa/ ocupación											
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta	(día)	(mes)	(año)			
Prima		Tarifa		Forma de pago		Número de pagos					
Dirección de cobro	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)					
Acreedor hipotecario				Canal de venta							

COBERTURAS	LIMITES (*)	DEDUCIBLES (*)
Máximo por vehículo	B/.	B/.
Lesiones corporales		
Por persona	B/.	
Por accidente	B/.	
Daños a la propiedad ajena		
Por accidente	B/.	
En agregado	B/.	
Colisión o vuelvo	B/.	B/.
Robo total del vehículo	B/.	B/.
Incendio	B/.	

DESCRIPCIÓN DEL BIEN A ASEGURAR (*)

Número de vehículos		Valor promedio de vehículos	
Experiencia (últimos 3 años)		Número de empleados	
Planilla		Área de prueba (km)	
Marcas de vehículos			

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.