



Solicitud de Póliza Responsabilidad Civil de Garaje

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 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 (*)					
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)
Acreeedor 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.

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.

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.