



Solicitud de Póliza de Rotura de Maquinaria

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"/> | | | |
| 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 LAS 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 (*) | | | | | |
| 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 | |

| |
|----------------------|
| OBSERVACIONES |
| |

DETALLE DEL EQUIPO A ASEGURAR (*) Adjunta listado de equipos

| N° | Año | Marca | Modelo | Serial | Capacidad | Valor |
|----|-----|-------|--------|--------|-----------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.