



## Solicitud de Póliza de Casco Aéreo

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 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.

<b>PERFIL FINANCIERO (*)</b>				
<b>Ingresos anuales actividad principal</b>	<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\$
<b>Ingreso anuales por otras actividades</b>	<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\$
<b>REFERENCIAS (Favor suministrar una comercial y una bancaria) (**)</b>				
Nombre o razón social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto	
1				
2				

**DATOS DE PÓLIZA**

**SOBRE EL ASEGURADO (\*)**

Ocupación/ Negocio	
Tiene otras aeronaves	
Siniestralidad	

**SOBRE LA AERONAVE (\*)**

Tipo de aeronave	Marca		
Modelo	Año	Serie No.	
Matrícula	Asientos	(tripulantes)	(pasajeros)
Utilización estimada anual	Valor acordado		
Siniestralidad	<i>(Por favor note que la siniestralidad se refiere a la de esta aeronave en particular en los últimos 5 años)</i>		
Tipo de motor/modelo	No. de serie		
Horas de vuelo de los motores al último overhall			
Tipo de hélice/modelo	No. de serie		
Horas de vuelo de los motores al último overhall			
Taller de mantenimiento	Licencia No.		
Mecánicos autorizados	Licencia No.		

**Uso de la aeronave**

<input type="checkbox"/> Privado, placer y turismo	Significa el uso personal, de turismo, familiar o para asuntos de negocio, excluyendo cualquier operación de alquiler o mediante remuneración, cobro de flete, o para fines de instrucción o demostración
<input type="checkbox"/> Ayuda industrial	Significa todos los usos indicados para el uso Privado, Placer y Turismo, incluyendo el transporte de ejecutivos, empleados, huéspedes o invitados de EL ASEGURADO y de sus bienes y mercancías, pero excluyendo cualquier operación de alquiler o remuneración o cobro de flete o para fines de instrucción o demostración.
<input type="checkbox"/> Comercial	Además de los usos especificados en Personal y Turismo y Ayuda Industrial, incluye el transporte pagado de pasajeros y de carga, pero excluyendo cualquier operación con fines de instrucción o el arrendamiento de la aeronave a terceros.
<input type="checkbox"/> Instrucción	Es el uso para adiestramiento de pilotos y/o para instrucción de estudiantes para piloto.
<input type="checkbox"/> Otros usos (detallar)	_____

Territorio/Límite geográfico	Aeropuerto base
Ciudad	Hangar

**Favor adjuntar fotocopia del Certificado de Aeronavegabilidad y Certificado de Matricula**

(\*) Campos obligatorios.

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

**SOBRE LOS PILOTOS** (favor completar para cada piloto y/o copiloto) (\*)

Nombre(s) y apellido(s)	
-------------------------	--

Horas	Total hasta la fecha		
	Doble comando	Piloto al mando	Total
A. En marca y modelo de esta aeronave			
E. Aeronaves monomotores			
F. Aeronaves multimotores pistón			
G. Av. Multimotores turbohélices			
H. Av. Multimotores turbojets			
I. Helicópteros a pistón			
J. Helicópteros a turbina			
<b>Suma total de las horas apartados E, F, G, H ó I, J</b>			

<b>Siniestralidad</b>	
-----------------------	--

*(Por favor note que la siniestralidad se refiere a la del Piloto con esta o cualquier otra aeronave en los últimos 5 años)*

Favor adjuntar copia de la Licencia del Piloto y el Certificado Médico y Registro Personal de Horas de Vuelo del Piloto (Bitácora)

**COBERTURAS SOLICITADAS (\*)***Casco*

Todo riesgo en vuelo y tierra	
Todo riesgo en vuelo solamente	
Todo riesgo en tierra solamente	

*Responsabilidad Civil*

Daños a terceros		Límite Único Combinado	
Daños a la propiedad ajena		RC Legal pasajeros	(cada uno)

*Accidentes Personales*

Acc. Personales pasajeros	(cada uno)	Gastos médicos pasajeros	(cada uno)
Acc. Personales tripulación	(cada uno)	Gastos médicos tripulación	(cada uno)

El solicitante declara que la información proporcionada en esta solicitud, la cual formara para integrante del contrato de seguro, es conforme a la verdad y que no se ha hecho omisiones u ocultaciones intencionales.

**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](http://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."

<b>Firma del Rep. Legal o Apoderado (*)</b>		Fecha (*)	
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>			
Nombre o razón social (*)		Nº Licencia (*)	
Firma del Corredor (*)		Fecha (*)	
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>			
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.