

**MAPFRE****PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Biv. Costa del Este
 Edificio P.H. – GMT-P.B.
 Panamá, 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

Solicitud de Póliza de Casco Aéreo

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 de donde tributa por tus 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
1			Teléfono de contacto
2			
3			
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 (Por favor note que la siniestralidad se refiere a la de esta aeronave en particular en los últimos 5 años)			
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.	

(*) Campos obligatorios.

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

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

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			
Suma total de las horas apartados E, F, G, H ó I, J			

Siniestralidad	(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

Vuelo y Tierra	Vuelo solamente	Tierra solamente
----------------	-----------------	------------------

Accidentes Personales

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

Responsabilidad Civil

Daños a terceros	
Daños a la propiedad ajena	
Límite Único Combinado	
RC Legal pasajeros	(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.
--

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.