



Solicitud de Transporte - Específica
 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 (*)									
Tipo de empresa/ ocupación									
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta	(día)	(mes)	(año)	
Suma asegurada				Prima					
Tarifa				Deducible					
Flete			Forma de pago			Número de pagos			
Dirección de cobro									
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)			
Acreeedor hipotecario					Canal de venta				

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARQUE (*)									
Detalle de la mercancía									
Procedencia									
Fecha de salida	(día)	(mes)	(año)	Llegada aduana	(día)	(mes)	(año)		
Lugar de origen				Lugar de destino					
Embarcador			Consignatario			Guía no.			
Contenedor no.			Sellos no.			Preshipment			
Medio de transporte	<input type="checkbox"/> Marítimo	<input type="checkbox"/> Aéreo	<input type="checkbox"/> Terrestre	Barco			Incluye trasbordo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Línea aérea/ naviera									
Datos del vehículo transportador	Marca			Año			Placa		

FORMA DE EMBARQUE (*)						
<input type="checkbox"/> Bultos	<input type="checkbox"/> Cartones	<input type="checkbox"/> Pallets	<input type="checkbox"/> Cont. sellado	<input type="checkbox"/> Cont. compartido	<input type="checkbox"/> Carga suelta marítima	<input type="checkbox"/> Encomienda postal
<input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____						
Estiba	<input type="checkbox"/> Sobre cubierta	<input type="checkbox"/> Bajo cubierta	<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> N/A		

COBERTURAS (*)					
<input type="checkbox"/> Cláusula A	<input type="checkbox"/> Cláusula B	<input type="checkbox"/> Cláusula C	<input type="checkbox"/> Cláusula de guerra	<input type="checkbox"/> Cláusula de huelga	
<input type="checkbox"/> De bodega a bodega	<input type="checkbox"/> Puerto a puerto	<input type="checkbox"/> Bodega a puerto	<input type="checkbox"/> Otros		

TIPO DE RECARGO (*)					
Edad	No. clasificado	Trasbordo	Bajo tonelaje	Guerra	Barcaza

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.