



Solicitud de Póliza de Transporte - Específica

Conozca a su Cliente - Persona Natural

DATOS GENERALES					
Primer nombre (*)			Segundo nombre		
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 (*)					
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	

(*) Campos obligatorios.

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

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		Motor

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"/> Amabas	<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 Traslado 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.

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.