

**Solicitud de Transporte Terrestre**  
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			

(\*) 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.**

**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  No   
 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) \_\_\_\_\_

**PERFIL FINANCIERO (\*)**

**Ingresos anuales actividad principal**     Menos de 250 mil US\$     250 mil a 1 millón US\$     1 millón a 10 millones US\$     Más de 10 millones US\$

**Ingreso anuales por otras actividades**     Menos de 250 mil US\$     250 mil a 1 millón US\$     1 millón a 10 millones US\$     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		Forma de pago		Número de pagos	
Dirección de cobro	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)				
Acreeedor hipotecario				Canal de venta	

**CARACTERÍSTICAS DEL TRANSPORTE (\*)**

Específica

Declarativa

Detalle de la mercancía	<input type="checkbox"/> Prima mínima en depósito <input type="checkbox"/> Máximo en AA
	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 _____
Empresa que realizará el transporte	Interés asegurable <input type="checkbox"/> Autos prop. del asegurado <input type="checkbox"/> Autos prop. de terceros
Descripción del vehículo transportador Marca _____ Modelo _____ Año _____ No. de motor _____ Placa _____ Tonelaje _____	Experiencia de los últimos tres años
	Movimiento anual _____

No. de viajes	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____
Límite máximo por viaje	
Límite territorial	Desde _____ Hasta _____

(\*) 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.**

**DETALLE DE LOS VEHÍCULOS (\*)**

Marca	Modelo	Año	Placa	No. de motor

**DETALLE DE LA MERCANCIA (\*)**

Descripción	Cantidad	Tipo	F. Invalid	F. Finvalid

**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	

**EXCLUSIONES:** carga viva, dinero y valores, joyas, cristales y botellas, lubricantes, explosivos y químicos de alto riesgo.

**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.”

<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.**