



Solicitud de Transporte Terrestre

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 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		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.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

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 _____		

DETALLE DE LOS VEHÍCULOS (*) Adjunta Listado

Marca	Modelo	Año	Placa	No. de motor

DETALLE DE LA MERCANCIA (*) Adjunta Listado

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.

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.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.