

DECLARACIÓN NO. 1

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

Antes de proceder a completar esta declaración, rogamos se lean con atención y se cumplan estrictamente las instrucciones especiales que se encuentran al final de este documento. Por favor, revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas, de esta forma se evitarán demoras y se obtendrá el despacho inmediato de la reclamación.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO			
DATOS GENERALES			
Razón social de la empresa		RUC	
Nombre comercial		Aviso de operaciones	
Datos de inscripción / Folio		Fecha de constitución	(dd/mm/aaaa)
País de constitución		Teléfono/ Fax	
Correo electrónico		Grupo económico	
Actividad a la cual se dedica			
Dirección física	<small>(País) (Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)</small>		
¿Tiene obligaciones fiscales con un país que no sea Panamá? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, detalle el(los) País(es)			
Tax Identification Number de E.E.U.U. (Sólo si aplica)			
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	<small>(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)</small>		
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	
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			
DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS			
DECLARO QUE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE EJERCE LA SOCIEDAD SE ENCUENTRAN DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DE LA MISMA PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (detalle actividad comercial o negocio) _____			
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\$			
Ingresos 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 DEL SINIESTRO			
PRUEBAS DE MUERTE relacionadas con el siniestro de _____			
asegurado en MAPFRE PANAMA, S.A., según Póliza número _____ Plan _____			
expedida _____ por la cantidad de B/. _____			

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

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

INFORMACIÓN DEL FINADO					
1. Nombres y apellidos del finado, con todas sus letras					
2. Residencia	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)				
3. Ocupación al momento de emitir la póliza. Ocupación cuando ocurrió el fallecimiento					
4. Fecha y lugar de nacimiento	Fecha	(dd/mm/aaaa)	Lugar		
	(Si la edad no ha sido aún probada por la Compañía, el reclamante deberá adjuntar a esta declaración el certificado de nacimiento respectivo).				
5. Fecha y lugar de fallecimiento	Fecha	(dd/mm/aaaa)	Lugar		
6. ¿Era casado el asegurado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuántas veces estuvo casado?		
Indicar fechas y detalle de cada matrimonio:					
7. Indicar si el asegurado dejó testamento o falleció intestado					
Si existe testamento, indique usted si por disposición testamentaria se cambió en alguna forma el nombramiento de beneficiario hecho en la póliza, o el modo de efectuar el pago de la misma:					
8. Otras compañías en la que estaba asegurada la vida del finado					
Compañía			Suma Asegurada		
9. Personas presentes al ocurrir el fallecimiento (indicar nombre y dirección de tres personas)					
Nombre y apellido					
Dirección	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)				
Nombre y apellido					
Dirección	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)				
Nombre y apellido					
Dirección	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)				
10. ¿Desea usted llevar a cabo la liquidación de este seguro, de acuerdo con alguno de los planes que se indican en la póliza de la persona fallecida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
11. ¿Con que carácter o título usted reclama el seguro? _____ En caso de reclamar el seguro representando a un menor de edad, indicar el nombre completo, identificación y fecha de nacimiento del menor: Nombre _____ Identificación _____ Fecha de nacimiento _____					

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (cotejar) :

Sí 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)

Sí 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.

Sí No

- Sociedades anónimas: 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.
- Personas jurídicas nacionales o extranjeras, fideicomisos, fundaciones de interés privado, organizaciones no gubernamentales, instituciones de beneficencia o sin fines de lucro: acta, certificación o declaración jurada debidamente suscrita por los representantes o personas autorizadas, donde se detalle el o los beneficiarios finales con un porcentaje igual o mayor al diez por ciento (10%).

 Se exceptúan del requerimiento de identificación del beneficiario del seguro las empresas que cotizan sus acciones en la bolsa, las empresas públicas, los bancos, las aseguradoras y las reaseguradoras.

FECHADO en _____ el día _____ de _____ de 20_____

Firma del Beneficiario _____

CONSTANCIA

Hacemos constar que en nuestra presencia, _____

Testigo _____ Firma _____ Domicilio _____

Testigo _____ Firma _____ Domicilio _____

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	

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

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

INSTRUCCIONES ESPECIALES

La DECLARACIÓN NO.1 debe ser contestada y firmada personalmente por el beneficiario o cesionario a quien deba pagarse el seguro. En caso de existir varios beneficiarios, cada uno debe completar un formulario.

Cuando la póliza deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la declaración deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesivo correspondiente.

En caso de que el beneficiario o cesionario de póliza que reclame el pago del seguro no sepa leer, deberá expresarse esta circunstancia, imprimir su huella digital y firmar a su ruego la persona. La constancia que aparece al pie de la declaración, deberá suscribirse por dos testigos y podrá llenarse con la siguiente redacción:

“Hacemos constar que en nuestra presencia ----- imprimió su huella digital en virtud de no saber firmar, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad con ellas, y a su ruego firmó -----“.

Cuando una póliza debe pagarse a un menor de edad, la declaración deberá ser hecha por su representante legal, quien deberá justificar su carácter.

Cuando una póliza haya sido cedida, deberá acompañarse el documento original de traspaso o copia del mismo. Si acompaña solamente la copia, el documento original deberá ser entregado a la Compañía con la póliza antes de pagarse la reclamación.

En caso de que un beneficiario sustituto reclame el pago de la póliza por haber fallecido el beneficiario principal, deberá justificar su fallecimiento, exhibiendo copia certificada del acta de defunción.

Si el importe total o parcial de una póliza debe pagarse “a los hijos” en general, o “a los hijos habidos en el matrimonio con -----” deberá rendirse una información testimonial ante los tribunales competentes sobre las fechas de nacimiento y nombres de los hijos del asegurado y exhibirse a la Compañía copia certificada de dicha información y de las actas de nacimiento de cada uno de ellos. Si alguno de los “hijos” hubiere fallecido, deberá presentarse copia del acta de defunción.

Si al ocurrir el fallecimiento del asegurado, no había sido aún admitida su edad por la compañía, el reclamante deberá comprobarla presentando el certificado de nacimiento u otro documento fehaciente.

En caso de muerte violenta por accidente, proyectil de arma de fuego, etc., u otra causa violenta semejante, los interesados deberán facilitar detalles completos del siniestro, indicando si el recibió o no asistencia médica; y en su caso deberán presentar a la compañía copia del acta levantada por las autoridades, así como los recortes de periódicos que hagan referencia a la muerte del asegurado.

Siempre que la causa del fallecimiento haya motivado investigación judicial, deberá acompañarse copia certificada de las principales diligencias que aclaren y justifiquen la causa del fallecimiento.

La DECLARACIÓN NO. 1 deberá ser formulada por una persona mayor de edad, que haya conocido íntimamente al finado y no tenga interés alguno en la reclamación.

Todas las preguntas que contienen las declaraciones deberán ser contestadas en forma clara y precisa; la Compañía se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente.

No es necesaria la intervención de terceras personas para el cobro de las pólizas de seguro; en consecuencia evítese el pago de comisiones u honorarios, formulando su reclamación directamente a la Compañía.