



Solicitud de Póliza de Equipo Pesado Conozca a su Cliente - Persona Natural

DATOS GENERALES				
Primer nombre (*)		Segundo nombre		Apellido paterno (*)
Apellido materno		Apellido de casada		
Cédula / Pasaporte (*)		Fecha de vencimiento		
		País de expedición		
Fecha de nacimiento (*)		País de Nacimiento (*)		
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				
Empleado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Retirado <input type="checkbox"/>
	Empresario <input type="checkbox"/>	Inversionista <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Profesión		Ocupación (*)		
Nombre e la empresa		Ingreso mensual aprox. (*)		
Actividad a la que se dedica				
Teléfono de oficina/ Fax		Correo electrónico Ofic.		
Dirección de la empresa	(País)	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento) (Barriada) (Calle)
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				
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\$				
Detalle origen de otras actividades _____				
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 (*)

Dirección del riesgo								
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)		
Tipo de empresa/ ocupación								
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta	(día)	(mes)	(año)
Suma asegurada				Deducible				
Prima		Tasa		Forma de pago		Número de pagos		
Dirección de cobro								
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)		
Acreedor hipotecario				Canal de venta				

DETALLE DEL EQUIPO A ASEGURAR (*)

Adjunta listado de equipos

N°	Año	Marca	Modelo	Serial	Capacidad	Valor

OBSERVACIONES

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.”

“El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros,

financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa. y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional.”

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 (*)