



ASEGURADORA ANCON

GRUPO MULTINACIONAL DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO DE MULTIRIESGO COMERCIAL

Atención al Cliente 210-8700

Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazado.

DATOS DEL ASEGURADO – PERSONA JURÍDICA

Nombre de la sociedad:	RUC:
Dirección física:	
Actividad a la que se dedica la empresa:	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo:					
Género: M	F	Fecha de Nacimiento: Día/	Mes/	Año/	Cédula/ Pasaporte:
Nacionalidad:					
Dirección Residencial:				Casa o Avenida / Condominio:	
Distrito:		Urbanización / Área Poblada:			
Provincia:		Corregimiento:		País:	
Teléfono:		Celular:		E-mail:	

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA

Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual	<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual
<input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual	<input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual	<input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual	<input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual

Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo.

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique. _____

Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona jurídica es una persona expuesta políticamente (PEP).

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique. _____

Declaración de fuente y origen de recursos de la transacción
Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, 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: _____

INTEGRANTES DE LA PERSONA JURÍDICA

Cargo	Nombre	Cédula o Pasaporte	Nacionalidad
Presidente			
Secretario			
Tesorero			
Otro Dignatario			
Director			
Director			
Director			
Representante legal o Apoderado Registrado			

Accionistas, Beneficiarios y/o propietarios reales con más de 10% de las acciones de la sociedad

Nombre	Nacionalidad	Cédula o Pasaporte	Porcentaje Accionario

Agente Residente

Nombre:	Dirección
---------	-----------

DATOS DEL BIEN ASEGURADO

REGISTRO DE PROPIEDAD				LÍMITE DE RESPONSABILIDAD
Tomo	Folio	Finca	Sección	Contenido

DESCRIPCIÓN				ACTIVIDAD DEL NEGOCIO			
Sótano	Planta Baja	Altos					
TIPO DE CONSTRUCCIÓN				DESCRIPCIÓN DE BIENES ASEGURADOS			
Exteriores	Interiores	Pisos	Techo				
UBICACIÓN DEL RIESGO							
Provincia	Distrito		Corregimiento	Avenida / Calle		Local No.	
DETALLE DE CAJA FUERTE (MARCA Y MODELO)							
EQUIPO ELECTRÓNICO				ROTURA MAQUINARIA			
Marca	Modelo	Antigüedad	Valor	Marca	Modelo	Antigüedad	Valor
PERSONA PARA CUBRIR BAJO ACCIDENTES PERSONALES Y GASTOS FUNERARIOS (MENOR DE 59 AÑOS)							
Nombre		Cédula o Pasaporte			Beneficiarios		
MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIO				MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA ROBO Y ASALTO			
EXISTEN OTROS SEGUROS				RECLAMOS ULTIMOS 3 AÑOS			
FORMA DE PAGO: <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> PAGO VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> COBRA CORREDOR OTROS:							
<p>Expresamente autorizo a ASEGURADORA ANCON, S.A. para que consulte las referencias que mantengo en la base de datos de la Asociación Panameña de Crédito (APC) o en la base de datos de cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, así como también para que consulte a dichas entidades los resultados de cualquier análisis o tratamiento de dichos datos que surjan de mi historial de crédito y para que suministre la información sobre mi historial de crédito a aquellos agentes económicos que la soliciten conforme a lo establecido en la ley vigente. Igualmente autorizo a ASEGURADORA ANCON, S. A. para que recopile, comparta, transmita y suministre a la Asociación Panameña de Crédito (APC) o a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, los datos sobre el historial de crédito que mantenga con la Aseguradora. Autorizó a ASEGURADORA ANCON, S. A., a la Asociación Panameña de Crédito (APC) y a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, a consultar con mi total consentimiento el sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validar mis datos de identificación.</p> <p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS.</p> <div><div>REPRESENTANTE LEGAL ASEGURADO – PERSONA JURÍDICA</div><div>CORREDOR DE SEGUROS</div><div>FECHA</div></div>							
PARA USO DE LA COMPAÑÍA							
APROBADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre del Colaborador:_____ Cargo:_____ Firma: _____							
Observaciones:_____ Fecha: _____							
“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá”							