



MAPFRE | PANAMÁ

Solicitud de Póliza de Incendio

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este
Edificio GMT, Ciudad de Panamá
Apartado Postal 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
R.U.C.: 597-46-103707 D.V.:98
MAPFRE | PANAMÁ, S.A.
www.mapfre.com.pa

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			
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 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) _____			

(*) 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.

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\$
Ingreso 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\$
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 (*)					
Dirección del riesgo					
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)
Tipo de empresa/ ocupación					
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta
					(día)
					(mes)
					(año)
Prima		Forma de pago		Número de pagos	
Dirección de cobro					
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)
					(Casa/Edificio)
Acreeedor hipotecario				Canal de venta	

CARACTERÍSTICAS DEL BIEN A ASEGURAR (*)					
<input type="checkbox"/> Edificio			<input type="checkbox"/> Contenido		
Suma asegurada		Tasa		Suma asegurada	Tasa
Descripción de la estructura			Descripción del contenido		
Edificio	Nº de pisos	Finca	Tomo	Folio	
Tipo de construcción	Paredes de	Piso de	Techo de		

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.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (cotejar):			
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	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."			
Firma del Rep. Legal o Apoderado (*)		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 fundaciones de interés privado.
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.