

**MAPFRE****PANAMÁ**

Ave. La Rotonda y Bv. Costa del Este
Edificio P.H. – GMT-P.B.
Panamá, 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
www.mapfre.com.pa

Solicitud de Póliza MAPFRE Empresarial

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

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 (*)	(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 TRANSACCION (**)			
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.

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	<div> <div>(Provincia)</div> <div>(Distrito)</div> <div>(Corregimiento)</div> <div>(Barriada)</div> <div>(Calle)</div> <div>(Casa/Edificio)</div> </div>				
Tipo de empresa/ ocupación					
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta
Suma asegurada	Contenido: _____		Tasa: _____		Prima: B/. _____ + 5%
	Estructura: _____		Tasa: _____		Prima: B/. _____ + 5%
					PRIMA TOTAL: B/. _____ +5%
Forma de pago				Número de pagos	
Dirección de cobro	<div> <div>(Provincia)</div> <div>(Distrito)</div> <div>(Corregimiento)</div> <div>(Barriada)</div> <div>(Calle)</div> <div>(Casa/Edificio)</div> </div>				
Acreedor hipotecario				Canal de venta	

CARACTERÍSTICAS DEL BIEN A ASEGURAR (*)			
Tipo de construcción			
Paredes de		Paredes internas de	
Piso de		Techo de	
N° de pisos		Ocupación en PB	
Ocupación en P/Altos		Finca	
Tomo		Folio	

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA INCENDIO (*)		
<input type="checkbox"/> Alarma contra incendio	<input type="checkbox"/> Extintores Vigentes - Cant. _____	<input type="checkbox"/> Sistema de Rociadores Automáticos
<input type="checkbox"/> Otros (describa) _____.		

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA ROBO (*)		
<input type="checkbox"/> Verjas de hierro en ventanas	<input type="checkbox"/> Verjas de hierro en puertas	<input type="checkbox"/> Puerta enrollable
<input type="checkbox"/> Portero eléctrico	<input type="checkbox"/> Alarma contra robo	<input type="checkbox"/> Garita de seguridad
<input type="checkbox"/> Perímetro cercado	<input type="checkbox"/> Guardia de seguridad/ celador	<input type="checkbox"/> Circuito Cerrado de TV
<input type="checkbox"/> Otros (describa) _____.		

(*) Campos obligatorios.

(**) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00.

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

COBERTURAS (*)

Según Cotización Adjunta.

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):

Si ☐ 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). (*)

Si ☐ 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. (*)

Si ☐ No ☐ 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. (**)

Firma del Rep. Legal o Apoderado (*)

Fecha (*)

DATOS DEL CORREDOR (quien declara haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante "Ley 59, Art. 86, Numeral 2"):

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.