

**MAPFRE PANAMÁ****Solicitud de Póliza MAPRE Hogar**  
**Conozca a su Cliente - Persona Jurídica**

Ave. La Rotonda y Biv. 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

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)		
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.

<b>PERFIL FINANCIERO (*)</b>				
<b>Ingresos anuales actividad principal</b>	<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\$
<b>Ingreso anuales por otras actividades</b>	<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\$
<b>REFERENCIAS (Favor suministrar una comercial y una bancaria) (**)</b>				
Nombre o razón social		Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto
1				
2				

<b>DATOS DE PÓLIZA</b>
------------------------

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

<b>DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA (*)</b>	
Descripción de la residencia	Tipo de construcción
<input type="checkbox"/> Casa  <input type="checkbox"/> Apartamento	Paredes de _____ Piso de _____ Techo de _____

<b>MEDIDAS DE SEGURIDAD (*)</b>		
<input type="checkbox"/> Verjas de hierro en ventanas <input type="checkbox"/> Portero eléctrico <input type="checkbox"/> Perímetro cercado <input type="checkbox"/> Otros (describa) _____	<input type="checkbox"/> Verjas de hierro en puertas <input type="checkbox"/> Alarma contra robo <input type="checkbox"/> Guardia de seguridad/ celador	<input type="checkbox"/> Puerta(s) de seguridad en los accesos <input type="checkbox"/> Garita de seguridad

<b>RESPONSABLE DE PAGO</b>
Favor completar formulario Conozca a su Cliente adicional para el Responsable de Pago, cuando este sea distinto al Contratante de la Póliza.

<b>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (cotejar):</b>			
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 <b>MAPFRE   PANAMÁ, S.A.</b> 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 <b>MAPFRE   PANAMÁ, S.A.</b> 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 <b>MAPFRE   PANAMÁ, S.A.</b> 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."			
<b>Firma del Rep. Legal o Apoderado (*)</b>		<b>Fecha (*)</b>	
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>			
Nombre o razón social (*)		Nº Licencia (*)	
Firma del Corredor (*)		Fecha (*)	
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>			
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.