



MAPFRE | PANAMÁ

Solicitud de Transporte Terrestre

Conozca a su Cliente - Persona Jurídica

Ave. La Rotonda y Blv. 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)
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			

(*) 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.

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 (*) <input type="checkbox"/> 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 LAS 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) _____			
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\$ <input type="checkbox"/> Más de 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\$ <input type="checkbox"/> Más de 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 (*)					
Tipo de empresa/ ocupación					
Vigencia	Desde	(día)	(mes)	(año)	Hasta (día) (mes) (año)
Suma asegurada		Prima		Tarifa	
Deducible		Forma de pago		Número de pagos	
Dirección de cobro					
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle) (Casa/Edificio)
Acreedor hipotecario				Canal de venta	

CARACTERÍSTICAS DEL TRANSPORTE (*)	
<input type="checkbox"/> Específica	<input type="checkbox"/> Declarativa
Detalle de la mercancía	<input type="checkbox"/> Prima mínima en depósito <input type="checkbox"/> Máximo en AA Forma de embarque <input type="checkbox"/> Bultos <input type="checkbox"/> Cartones <input type="checkbox"/> Pallets <input type="checkbox"/> Cont. sellado <input type="checkbox"/> Cont. compartido <input type="checkbox"/> Carga suelta marítima <input type="checkbox"/> Encomienda postal <input type="checkbox"/> Otros _____
Empresa que realizará el transporte	Interés asegurable <input type="checkbox"/> Autos prop. del asegurado <input type="checkbox"/> Autos prop. de terceros
Descripción del vehículo transportador	Experiencia de los últimos tres años
Marca _____ Modelo _____ Año _____ No. de motor _____ Placa _____ Tonelaje _____	Movimiento anual _____

No. de viajes	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____
Límite máximo por viaje	
Límite territorial	Desde _____ Hasta _____

(*) 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.

DETALLE DE LOS VEHÍCULOS (*)

Marca	Modelo	Año	Placa	No. de motor

DETALLE DE LA MERCANCIA (*)

Descripción	Cantidad	Tipo	F. Invalid	F. Finvalid

COBERTURAS (*)

<input type="checkbox"/> Cláusula A	<input type="checkbox"/> Cláusula B	<input type="checkbox"/> Cláusula C	<input type="checkbox"/> Cláusula De guerra	<input type="checkbox"/> Cláusula de huelga
<input type="checkbox"/> De bodega a bodega	<input type="checkbox"/> Puerto a puerto	<input type="checkbox"/> Bodega a puerto	<input type="checkbox"/> Otros	

EXCLUSIONES: carga viva, dinero y valores, joyas, cristales y botellas, lubricantes, explosivos y químicos de alto riesgo.**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. (**)

"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.