

# SOLICITUD DE INCENDIO

PERSONA JURÍDICA  
SEGUROS SURAMERICANA S.A.

v1.0.3



Tipo de Solicitud

Producto \*

☐ Incendio básico

☐ Incendio todo riesgo

☐ Multiprotección hogar

☐ Multirriesgo residencial

☐ Multirriesgo comercial

Sección I: Datos Generales del Asegurado

Razón Social \*

Nombre Comercial \*

Tipo de ID \*

Identificación \*

País de Constitución \*

N° de empleados \*

Actividad Económica \*

Dirección Física y Contacto del Asegurado

País de Ubicación \*

Provincia \*

Distrito \*

Corregimiento \*

Barrio \*

Calle o avenida \*

Nombre de Urbanización / Edificio \*

Número de casa / apartamento \*

Persona de Contacto \*

Cargo \*

Correo Electrónico \*

Celular \*

Télefono

Ext.

Dirección de Cobro, Avisos y Notificaciones \*

Agente Residente o Abogados de la firma

Nombre o Razón Social

Dirección

Apoderado Legal o Representante Legal

Nombre completo \*

Tipo de ID \*

Identificación \*

Fecha de Nacimiento			País de Nacimiento			Nacionalidad		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celular			Teléfono			Correo Electrónico		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Dirección								
<input type="text"/>								
¿Es usted una persona políticamente expuesta? <div><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</div>								
Nombre completo *					Fecha de Inicio *			
<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEP Actual * <input type="checkbox"/>					Fecha Final *			
					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es usted familiar cercano o colaborador estrecho de un PEP? <div><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</div>								
Nombre completo del PEP *								
<input type="text"/>								
Detalle del vinculo *								
<input type="text"/>								
Ingresos del Asegurado								
Ingresos anuales por actividad principal *								
<input type="text"/>								
Ingresos anuales por otras actividades								
<input type="text"/>								
Lugar donde paga sus impuestos								
Residencia Fiscal *					Otra Residencia Fiscal			
<input type="text"/>					<input type="text"/>			
¿Es el Contratante diferente al Asegurado? <div><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</div>								
Tipo de Persona *					Nombre completo del Contratante *			
<input type="text"/>					<input type="text"/>			

Tipo de ID \*

Identificación \*

Nota: El Contratante en este caso debe llenar el formulario de conoce a tu cliente aparte

Directores y Dignatarios

TipoNombre completoTipo de IDIdentificación

Nacionalidad

TipoNombre completoTipo de IDIdentificación

Nacionalidad

TipoNombre completoTipo de IDIdentificación

Nacionalidad

TipoNombre completoTipo de IDIdentificación

Nacionalidad

TipoNombre completoTipo de IDIdentificación

Nacionalidad

Tipo	Nombre completo	Tipo de ID	Identificación			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad						
<input type="text"/>						

Tipo	Nombre completo	Tipo de ID	Identificación			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad						
<input type="text"/>						

Tipo	Nombre completo	Tipo de ID	Identificación			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad						
<input type="text"/>						

Tipo	Nombre completo	Tipo de ID	Identificación			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad						
<input type="text"/>						

Tipo	Nombre completo	Tipo de ID	Identificación			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad						
<input type="text"/>						

Beneficiario Final o Accionista (mínimo 10% de acciones)

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Nombre completo *	Tipo de ID *	Identificación *				% de acciones
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nacionalidad	País de Nacimiento	País de Residencia				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Sección II: Datos del Bien Asegurado

Descripción del bien Asegurado *				N° de Pisos *	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Paredes	Techos	Pisos y Divisiones	Tipo de Dirección *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Provincia *	Distrito *	Corregimiento *	Barrio *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Calle o Avenida *	Nombre de urbanización / Edificio *		Numero de local *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Medidas de Seguridad y Prevención*					
<input type="checkbox"/> Rociadores		<input type="checkbox"/> Puerta Enrollable		<input type="checkbox"/> Extintores	
<input type="checkbox"/> Verjas y puertas de hierro		<input type="checkbox"/> Perros		<input type="checkbox"/> Guardia de seguridad	
Otras Medidas		Inicio de vigencia *		Fin de vigencia *	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Acreedor Hipotecario		Otro Acreedor Hipotecario			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Finca *	Tomo / Rollo	Folio / Imagen	Documento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Suma Asegurada Edificio *	Suma Asegurada Contenido *	Prima Anual *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Sección III: Beneficiarios designados para la cobertura de accidentes

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Parentesco	%	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Parentesco	%	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Parentesco	%	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Parentesco	%	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección IV: Cesión de la cobertura exequial

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Parentesco	Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección V: Cobertura de accidentes y fidelidad de empleados domésticos

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Edad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección VI: Información de Pago

Forma de pago \*

Frecuencia \*

Cantidad de pagos \*

Información de tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta *	Número de tarjeta *	Nombre del tarjetahabiente *	Fecha de Exp.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Banco *	Tipo de ID *	Identificación *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

"Esta autorización continuará vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y así se mantendrá al momento de renovarse la póliza. Sólo podrá ser cancelada por mí mediando notificación previa y escrita a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. o por decisión de ésta en caso de incumplimiento. Reconozco que es mi compromiso mantener saldo suficiente para que puedan hacerse efectivos los cargos que por este medio he autorizado y en consecuencia relevo a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar la pérdida del seguro. El importe de la prima está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por SEGUROS SURAMERICANA, S.A., en cuyo caso será igualmente comunicado al banco para su cobro. El cliente se hace responsable de notificar a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. el vencimiento así como cualquier cambio de tarjeta de crédito. En el evento que la cuenta antes señalada, no tenga fondos, autorizo a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. y a la vez a EL BANCO, para que REALICE DÉBITOS a cualquier otra cuenta que mantenga con fondos."

Fecha

Firma del tarjetahabiente

Certifico que las personas arriba indicadas son los beneficiarios finales, protectores, dueños o controladores de las acciones emitidas o de la fundación y que no existe otro beneficiario que los declarados, y que de haberlo se notificará a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. en un periodo no mayor de 30 días calendario.

Certifico que las respuestas proporcionadas en este documento son exactas y veraces. Cualquier declaración falsa o inexacta, hecha en esta solicitud facultará a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. a invalidar esta cobertura de seguros.

En todos los casos SEGUROS SURAMERICANA, S.A. se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar una solicitud de seguro.

Conforme a lo dispuesto en la Ley No. 24 de 22 de mayo de 2002 que regula el servicio de información sobre el historial de crédito de los consumidores o clientes y la Ley No. 14 del 18 de mayo de 2006 que modifica y adiciona artículos a la Ley No. 24, autorizo a SEGUROS SURAMERICANA S.A., su matriz, filiales y subsidiarias a solicitar, consultar, recopilar, intercambiar, y transmitir a cualquier agencia de información de datos, instituciones gubernamentales, bancos o agentes económicos informaciones relacionadas con obligaciones o transacciones crediticias, que mantengo o pudiera mantener con dichos agentes económicos de la localidad o del exterior, sobre mi historial de crédito y relaciones con acreedores, así como cualquier otra información personal que sea necesaria.

Autorizo a SEGUROS SURA, su matriz, filiales, subsidiarias y grupo económico a la recolección, almacenamiento, uso, procesamiento, intercambio y trasferencia de base de datos personales de naturaleza confidencial, sensibles o restringidos fuera del territorio de Panamá siempre y cuando se cumpla con los estándares establecido en la Ley. El cliente entiende que la información será utilizada, directamente o con el apoyo de entidades públicas o privadas, para procesos contractuales, comerciales, de atención al cliente y mercadeo, procesamiento, investigación, capacitación, acreditación, consolidación, organización, actualización, reporte, notificaciones, estadística, encuestas, atención y trámite, y en general para facilitar, promover, permitir o mantener relaciones comerciales. Los titulares de los datos personales podrán ejercer los derechos establecidos en las leyes vigentes, incluyendo acceder, rectificar, cancelar, oponerse, conocer cómo han sido utilizados.

"La compañía aseguradora se reserva el derecho de proceder a tomar decisiones relacionadas a sus Políticas de Prevención y Control de Lavado de Activos y las normas vigentes y podrá dar por terminado el presente contrato de manera inmediata."

Canal \*

Sucursal

Ejecutivo

Firma del ejecutivo



Firma del asegurado

Fecha

Identificación

Sección VII: Corredores que participan en el seguro

Nombre completo	Número de licencia	% participación
Nombre completo	Número de licencia	% participación
Nombre completo	Número de licencia	% participación

Firma del corredor