

SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVIL.

PERSONA NATURAL
SEGUROS SURAMERICANA S.A.

v1.3.2



Sección I: Datos Generales del Asegurado

Primer nombre *	Segundo nombre	Primer apellido *	Segundo apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de ID *	Identificación *	Género *	Estado Civil *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento *	País de Nacimiento *	Nacionalidad *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Profesión	Nro. de Hijos *	Celular *	Télefono	Correo Electrónico *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección Residencial del Asegurado

País de Ubicación *	Provincia *	Distrito *	Corregimiento *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barrio *	Calle o avenida *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre de urbanización / edificio *	Número de casa / apartamento *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dirección de Trabajo del Asegurado

País de Ubicación	Provincia	Distrito	Corregimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barrio	Calle o avenida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Plaza Marbella, Calle Aquilino de la Guardia, entre calle 47 y 48.
Apartado 0831-0784 Ciudad de Panamá
Teléfono: 205-0700
<http://www.segurossura.com.pa>

Nombre de urbanización / edificio	Número de local	Télefono fijo	Ext.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la empresa	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Actividad Económica	Ocupación *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dirección de Cobro, Avisos y Notificaciones *			
<input type="text"/>			
¿Es usted una persona políticamente expuesta? <div><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</div>			
Cargo del PEP *	Fecha de Inicio *		
<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"/>
¿Es usted familiar cercano o colaborador estrecho de un PEP? <div><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</div>			
Nombre del PEP *	Detalle del vinculo *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ingresos del Asegurado			
Ingresos anuales por actividad principal *	Ingresos anuales por otras actividades *		
<input type="text"/>	<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 *	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"/>
Nota: El Contratante en este caso debe llenar el formulario de conoce a tu cliente aparte			

¿Es el Pagador diferente al Asegurado y al Contratante?

☐ Si ☐ No

Tipo de Persona *

Nombre completo del Pagador *

Tipo de ID *

Identificación *

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

Sección II: Datos del Bien Asegurado

Inicio de vigencia *

Fin de vigencia *

Tipo de Cobertura *

Flota *

Uso *

Acreeedor

Color *

Número de Placa *

Marca *

Modelo *

Número de Motor *

Número de Chasis *

Año *

Actividad *

Cantidad de Autos *

Cantidad de Ocupantes *

Suma Asegurada *

Limite de Lesiones Corporales *

Limite de daños a la propiedad ajena *

Limite de gastos médicos *

Suma Asegurada *

Prima Anual *

Endoso *

Sección III: Datos del conductor

Conductor habitual

Conductor adicional

Sección IV: PORQUE PENSAMOS EN LA SEGURIDAD Y EL BIENESTAR DE LOS TUYOS, ¿DESEAS ADQUIRIR POLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES?

Te ofrecemos cobertura las 24 horas del día, los 365 días del año, protección dentro y fuera de horas laborables. Edad de Entrada: 18 a 70 años. Edad de cancelación: 75 años. Cubre al conductor del vehículo y los pasajeros que sean impactados por un incidente, siempre y cuando estos estén debidamente sentados, subiendo o bajando del vehículo. Ofrece cobertura de muerte accidental, adelanto por desmembramiento por accidente, adelanto por incapacidad total y permanente por accidente, gastos médicos por accidente, y renta diaria por incapacidad temporal por accidente.

Seleccionar plan de asiento

Te ofrecemos cobertura las 24 horas del día, los 365 días del año, protección en cualquier parte del mundo, dentro o fuera del vehículo. Edad de Entrada: 18 a 70 años. Edad de cancelación: 75 años. Ofrece cobertura de muerte accidental, adelanto por desmembramiento por accidente y por incapacidad total y permanente, homicidio culposo y adelanto de gastos funerarios hasta B/. 3,000.00

Seleccionar plan de accidentes personales

Sección V: Beneficiarios para las pólizas de Automóvil y Accidentes Personales

Nombre completo	Tipo de ID	Identificación				Nacionalidad	%

Sección VI: Información de Pago

Forma de pago *

Frecuencia * **Cantidad de pagos ***

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"/>

"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."

Plaza Marbella, Calle Aquilino de la Guardia, entre calle 47 y 48.

Apartado 0831-0784 Ciudad de Panamá

Teléfono: 205-0700

<http://www.segurossura.com.pa>



Regulado y Supervisado por La Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Fecha

Firma del tarjetahabiente

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.

La solicitud de seguro estará sujeta a los resultados del historial de tránsito y de la inspección del auto en caso de que no sea nuevo(0 Km), siendo este parte integral del contrato 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".

Accesos *

Canal *

Sucursal Sura *

Ejecutivo Sura *

Subcanal affinity *

Ejecutivo affinity *

N° de Peoplesoft *

Plaza Marbella, Calle Aquilino de la Guardia, entre calle 47 y 48.

Apartado 0831-0784 Ciudad de Panamá

Teléfono: 205-0700

<http://www.segurossura.com.pa>



Regulado y Supervisado por La Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Firma del ejecutivo

Firma del asegurado

Fecha

Identificación

Sección VII: Corredores que participan en el seguro

Principal

☐ 1

Nombre completo

Número de licencia

% participación

☐ 2

Nombre completo

Número de licencia

% participación

☐ 3

Nombre completo

Número de licencia

% participación

☐ 4

Nombre completo

Número de licencia

% participación



<input type="checkbox"/> 5		
Nombre completo	Número de licencia	% participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> 6		
Nombre completo	Número de licencia	% participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del corredor principal