

SOLICITUD DE INCENDIO

PERSONA NATURAL
SEGUROS SURAMERICANA S.A.

v1.0.2



Tipo de Solicitud

Producto *

☐ Incendio básico

☐ Incendio todo riesgo

☐ Multiprotección hogar

☐ Multirriesgo residencial

Sección I: Datos Generales del Asegurado

Primer nombre *

Segundo nombre

Primer apellido *

Segundo apellido

Tipo de ID *

Identificación *

Género *

Estado Civil *

Fecha de Nacimiento *

País de Nacimiento *

Nacionalidad *

Profesión

Nro. de Hijos *

Celular *

Télefono

Correo Electrónico *

Dirección Residencial del Asegurado

País de Ubicación *

Provincia *

Distrito *

Corregimiento *

Barrio *

Calle o avenida *

Nombre de urbanización / edificio *

Número de casa / apartamento *

Dirección de Trabajo del Asegurado

País de Ubicación

Provincia

Distrito

Corregimiento

Barrio

Calle o avenida

Nombre de urbanización / edificio

Número de local

Télefono fijo

Ext.

Nombre de la empresa

Correo electrónico

Actividad Económica	Ocupación *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de Cobro, Avisos y Notificaciones *	
<input type="text"/>	
¿Es usted una persona políticamente expuesta?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cargo *	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?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
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?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Persona *	Nombre completo del Contratante *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de ID *	Identificación *
<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

Sección II: Datos del Bien Asegurado

Descripción del bien Asegurado *

N° de Pisos *

Paredes

Techos

Pisos y Divisiones

Tipo de Dirección *

Provincia *

Distrito *

Corregimiento *

Barrio *

Calle o Avenida *

Nombre de urbanización / Edificio *

Numero de local *

Medidas de Seguridad y Prevención*

☐ Verjas y puertas de hierro

☐ Perros

☐ Guardia de seguridad

☐ Rociadores

☐ Puerta Enrollable

☐ Extintores

Otras Medidas

Inicio de vigencia *

Fin de vigencia *

Acreeedor Hipotecario

Otro Acreeedor Hipotecario

Finca *

Tomo / Rollo

Folio / Imagen

Documento

Suma Asegurada Edificio *

Suma Asegurada Contenido *

Prima Anual *

Sección III: Beneficiarios designados para la cobertura de accidentes

Nombre Completo	Tipo de ID	Identificación				Parentesco	%	Edad

"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 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 transferencia 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

Firma del corredor