



DATOS PERSONA NATURAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Tipo de Documento: Cédula Pasaporte No.: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M F

dd mm aa

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Unido Viudo

Ocupación: _____ E-mail: _____

Tel. Residencial: _____ Tel. Oficina: _____ Celular: _____

Acreedor Hipotecario: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Barrio: _____ Calle: _____

Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____

DATOS PERSONA JURÍDICA

Razón Social: _____ RUC y D.V.: _____

Nombre Comercial: _____ E-mail: _____

Representante Legal: _____ Tipo de Documento: Cédula Pasaporte No.: _____

Dirección Comercial: _____

DIRECCIÓN LABORAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Barrio: _____ Calle: _____

Edificio/Oficina: _____ Piso / # de local: _____

PARA PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS

DIRECCIÓN DE ENVÍO:

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Barrio: _____ Calle: _____

Edificio/Oficina: _____ Piso / # de local: _____

Si desea añadir direcciones adicionales adjunte una página al documento con las mismas.

ASEGURADO ADICIONAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Tipo de Documento: Cédula Pasaporte No: _____ Nacionalidad: _____

E-mail: _____

País (es) donde tributa por sus ingresos: _____, _____,

Es usted un P.E.P.: Sí No Nombre del P.E.P. Titular: _____

Cargo del P.E.P.: _____

Período del Cargo: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

dd mm aa

dd mm aa

DEFINICIÓN DE P.E.P.: Son personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado. También los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales.

QUIENES PUEDEN SER P.E.P. - Familiares Cercanos: Cónyuge, padres, hermanos e hijos del P.E.P. Estrecho Colaborador: Persona que puede realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza en nombre del P.E.P.

PLAZO DEL P.E.P.: Desde su nombramiento en el cargo, hasta un período no mayor de dos años desde el momento que cesa de ejercer las funciones y obligaciones por la cual fue calificado persona políticamente expuesta en un inicio.

FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO:

Voluntario Descuento Bancario (Adjuntar formulario) Descuento Tarjeta de Crédito (Adjuntar formulario)

Mensual Trimestral Cuatrimestral Semestral Bimensual Anual Cantidad de Cuotas: _____

Vigencia: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____ Tipo de Negocio: _____

dd/mm/aaaa

dd/mm/aaaa

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Mercancía: _____

Embalaje: Contenedores Sellados: _____ % Carga Suelta Mar: _____ % Carga Aérea VNNT: _____ %

Contenedores Compartidos: _____ % Carga Aérea VDT: _____ %

Otros: _____ % _____ % _____ %



Límites Geográficos:

- Importaciones: Desde: _____
Hasta: _____

- Exportaciones: Desde: _____
Hasta: _____

- Emb. Directos: Desde: _____
Hasta: _____

- Local: Desde: _____
Hasta: _____

Volumen Anual Estimado: Importaciones: _____
Exportaciones: _____

Valor Promedio de Embarque: _____ **Cantidad de Embarques Anuales:** _____

Valuación: _____

Límite de Responsabilidad: Vía Marítima: _____ p/barco
Vía Aérea: _____ p/avión
Vía Postal: _____ p/envío
Terrestre: _____ p/transporte
Otros: _____

Cuadro de Tarifas:

	Imp.	Exp.		Imp.	Exp.
Contenedores Sellados:	_____	_____	Carga Aérea VDT:	_____	_____
Contenedores Compartidos:	_____	_____	Carga Aérea VNDR:	_____	_____
Carga Suelta Marítima:	_____	_____	Transporte Terrestre:	_____	_____
Otros:	_____	_____	Otros:	_____	_____

COBERTURAS

Seleccione la cobertura deseada con un

COBERTURAS	<input checked="" type="checkbox"/>	TASA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
			Total Prima Bruta	B/.
			Impuesto 5%	B/.
			Total Prima Neta	B/.

Fecha de Aniversario: _____
dd/mm/aaaa

Tiene Seguro de Incendio: Sí No Cía.: _____ # de Pólizas (s): _____

Nombre de la Compañía de Seguros Actual: _____

Condiciones Actuales de la Póliza (incluyendo deducibles): _____

SINIESTRALIDAD (últimos tres años)

Año	Primas	Reclamos	Causa

CORREDORES

Nombre	# de Licencia	% Part. Com.	% Participación	% Comisión

La Compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña del Crédito y podrá, a falta de pago por más de 90 días, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

Firma del Solicitante: _____ Cédula: _____

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Centro de Operación: _____ Sucursal: _____

Tipo de Negocio: CA CC RA 100% IS

Tipo de Movimiento: Nueva Reemplazo #Pol. Original: _____ Re-Emisión: _____

Negocio con más de un pagador: _____ Fronting: _____ Impuesto: _____ Negocio del Extranjero: _____

Asegurado Vinculante: _____ Agrupador: _____

Tipo de Operación: Importaciones Exportaciones Local Embarques Directos

% Valuación: _____ Comisario de Averías: _____

No. de Certificado: _____ Sub Ramo: _____ Objeto de Seguro: _____ Coberturas: _____