Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Seguro de Transporte Individual

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

DATOS PERSONA NATURAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

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

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (dd mm aa) Género: M ☐ F ☐

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: ____ / ____ / ____ (dd mm aa) Hasta: ____ / ____ / ____ (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 ☐ Bisemanal ☐ Anual Cantidad de Cuotas: _____

Vigente Desde: _____ (dd/mm/aaaa) Hasta: _____ (dd/mm/aaaa)

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Límites Geográficos: Desde: _____ Hasta: _____ Bono Buena Experiencia: _____

Tipo de Operación: Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Local ☐ Embarques Directos ☐

Trayecto País: Desde: _____ Hasta: _____

Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Seguro de Transporte Individual

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

No. de Certificado: _____ Empaque: _____ Embalaje: _____

Tipo de Mercancía: _____

Descripción de la Mercancía: _____

Transportado por: _____

Motor: _____ Fecha Salida: _____ dd/mm/aaaa

Embarcador-Consignatario: _____ Fecha Aniversario: _____ dd/mm/aaaa

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

COBERTURAS

Seleccione la cobertura deseada con un ✓

Coberturas	✓	Límite de Responsabilidad	Tarifa	Prima
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
				B/.
			Total Prima Bruta	B/.
			Impuesto 5%	B/.
			Total Prima Neta	B/.

¿Posee Ud. actualmente Seguro de Automóvil de otra compañía de seguros? ☐ Sí ☐ No

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	Participación	% 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

Sucursal: _____ Ctro. de Operaciones: _____

Tipo de Negocio: CL ☐ CNL ☐ 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: _____

% Valuación: _____ Comisario de Averías: _____

Sub Ram: _____ Objeto de Seguro: _____

Acumula en Prima Total: ____ Acumula en Suma Total: ____ Facultar: ____

Coaseguro Pactado: _____ Tasa: _____ Responsabilidad Máxima: _____ PFN: _____%

A Prorrata: _____ Directa: _____ Corto Plazo: _____

Aprobado por: _____ Declinado por: _____

Fecha: _____ dd/mm/aaaa

Observaciones Internas: _____