

SOLICITUD DE SEGURO DE INCENDIO

NOTA IMPORTANTE: Para evitar demoras en la emisión de la Póliza solicitada, por favor contestar cada pregunta completamente, sin enmiendas, firmada por el Asegurado, para iniciar el proceso de suscripción.

Vigencia del Seguro: (DD / MM / AAAA)	Corredor (es):	%	Licencia:
Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___			

1. DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado:	Nombre/Apellido Completo (Representante Legal)		Si es Persona Jurídica, Coloque Nombre de la Sociedad			
N° Cédula de Identidad / N° de Pasaporte si es Extranjero			No. de R.U.C. (Persona Jurídica):		Dígito Verificador	
Correo electrónico personal:	Nacionalidad	Fecha de Nac.:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:	
		dd / mm / aaaa		M F		
Dirección Residencial: (País, Provincia, Distrito, Calle, Urbanización/Nombre del Edificio, # de casa/apartamento)					Teléfonos:	
					Res.:	
					Celular:	
Profesión:		Ocupación:		Dirección de Cobros:		
Lugar y Dirección de Oficina:			Teléfonos Oficina:		Correo Electrónico oficina:	
Actividad a la que se dedica la Empresa: (Persona Jurídica)						
Acreeedor Hipotecario				Apartado Postal:		
¿Es o ha sido una Persona Expuesta Políticamente? Si No			Especifique el cargo:			
Si No						
¿Tiene Algún Familiar que es o haya sido una Persona Expuesta Políticamente? Si No			Especifique el cargo y nombre de la persona:			
Si No						
1.1 Perfil Financiero (En caso de ser Persona Jurídica, coloque la Información de la Empresa):						
Ingreso Anual Actividad Principal: <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> 250 mil y 1 millón US\$ <input type="checkbox"/> 1 millón y 10 millones US\$ <input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$						
Ingreso Anual Otra Actividad: <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> 250 mil y 1 millón US\$ <input type="checkbox"/> 1 millón y 10 millones US\$ <input type="checkbox"/> Más de 10 millones US\$						
1.2 Referencias de la Empresa (Por favor coloque una Comercial y una Bancaria) Aplica Solo para Persona Jurídica:						
Nombre o Razón Social	Actividad o Sector:	Relación con el Cliente:	Teléfono de Contacto:	Nombre de Contacto:		

2. DATOS DEL CONTRATANTE: Completar solo si es distinto al Asegurado

Contratante:	Nombre/Apellido Completo (Representante Legal)		Si es Persona Jurídica, Coloque Nombre de la Sociedad	
Número de R.U.C. (Persona Jurídica)			Cédula o Pasaporte:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	M F	Dirección de Cobros:
Correo electrónico			Teléfono:	

3. UBICACIÓN DEL RIESGO

Provincia: _____ Corregimiento: _____ Urb.: _____

Calle o Ave.: _____ Edificio: _____

No. de Edificio: _____ No. de Local: _____ Casa No.: _____ Apto. No.: _____

Ocupación: _____ Actividad: _____

Tomo: _____ Finca: _____ Folio: _____ Documento: _____ Rollo: _____

4. CARACTERÍSTICAS DEL BIEN ASEGURADO

Paredes Externas:	Concreto	Madera	Otros
Paredes Internas:	Madera	Gypsum	Otros:

Tipo de Piso

Concreto Madera Otros:

Tipo de Techo

Concreto Tejas Metálico (Zinc) Otros:

Observaciones:

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

5. SINIESTRALIDAD

Año	Cobertura Afectada	Valor de la Pérdida
20__		B/.
20__		B/.
20__		B/.
20__		B/.
20__		B/.

6. SUMA ASEGURADA

Edificio: B/. _____

Contenido: B/. _____

Bien(es) Asegurado (os): _____

Tipo de Coberturas:

Incendio y/o Rayo

Extensión de Cubierta Catastrófica

Incendio y Daño Directo por Explosión

Daños por Humo y Remoción de Escombros

Impacto de Vehículos Aéreos o Terrestres

Otras:

Incendio y daño Directo por Terremoto

Incendio y Daño Directo por Vendaval

Prima Anual: _____ (+5%)

Forma de Pago:

Voluntario
ACH

Cobrador
Tarjeta de Crédito

Corredor
Descuento Directo

Frecuencia de Pago: _____ Anual (un pago de contado) Mensual en _____ pagos

Por medio de la presente autorizo (amos) de manera irrevocable a Nacional de Seguros de Panamá, afiliadas y subsidiarias para que consulte, solicite, recopile, transmita, suministre e intercambie con cualquier agencia de información de datos, instituciones financieras, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, o de cualesquier agente económico de la localidad o del exterior, toda la información que estime conveniente sobre las obligaciones, operaciones o transacciones que mantengo o pudiera contener con dichos agentes económicos. De igual manera exoneró (amos) a Nacional de Seguros de Panamá, afiliadas y subsidiarias, sus empleados, ejecutivos, directores, dignatarios o apoderados de cualquier consecuencia o responsabilidad resultante de ejercicio que se haga con esta autorización. De igual manera autorizó de manera voluntaria a Nacional de Seguros de Panamá, para que obtenga y confirme de cualquier fuente, la información relativa mi historial crediticio y antecedentes en general. Si se comprobare que los datos carecen de veracidad, se hará caso omiso a la presente solicitud.

Fundamento Legal Ley N° 24 de 22 de Mayo de 2002

Por la presente Declaramos que la información suministrada en esta solicitud son ciertas y serán la base para suscripción del riesgo, así mismo formará parte integral de la póliza a emitir, de no ser cierta, se haya omitido o sea falsa la información suministrada en este documento, causaría la nulidad de la póliza, por lo que damos fe de lo antes señalado los suscritos:

Firma del Asegurado

Firma Corredor de seguros

Firma del Contratante

Fecha de la Solicitud: ____/____/____
DD MM AAAA