

SOLICITUD DE PÓLIZA DE ROBO

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: Menos de 250 mil US\$ 250 mil y 1 millón US\$ 1 millón y 10 millones US\$ Más de 10 millones US\$

Ingreso Anual Otra Actividad: Menos de 250 mil US\$ 250 mil y 1 millón US\$ 1 millón y 10 millones US\$ 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. DATOS DEL BIEN ASEGURADO

Descripción del Bien		Acreedor Hipotecario:		
Tasa:	Prima Anual:	Prorrata:		
Forma de Pago : ACH Tarjeta de Crédito Descuento Directo P. Voluntario Corredor Otro: (especifique)				
Suma Asegurada:				

4. SINIESTRALIDAD

Fecha del siniestro dd/mm/aa	Monto a reclamar	Monto Pagado	% de Siniestralidad	Causa
	\$	\$		
	\$	\$		
	\$	\$		
	\$	\$		
	\$	\$		

5. MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Verjas de hierro
- Puerta de hierro
- Puerta enrollable
- Cámara de vigilancia
- Alarma contra robo (monitoreo)
- Sensores de movimiento
- Guardia de seguridad
- Cerca perimetral

6. CHECK LIST (documentación adjuntos a la solicitud)

Cotización	Copia de cedula del asegurado o Rep. Legal
Solicitud	Aviso de Operaciones
Inspección del bien asegurado	Cedula de propietario
Listado de equipos	Acta de registro público
Facturas de los equipos	

7. ANEXOS

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 exonero (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