



SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

NOTA IMPORTANTE: Para evitar demoras en la emisión de la Póliza solicitada 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)						
Acreedor Hipotecario				Apartado Postal:		
¿Es o ha sido una Persona Expuesta Políticamente? Si No		Especifique el cargo:		¿Tiene Algún Familiar que es o haya sido una Persona Expuesta Políticamente? Si No		
				Especifique el cargo y nombre de la persona:		
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: _____

Observaciones:

4. SINIESTRALIDAD

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

5. SUMA ASEGURADA

Límite de Responsabilidad: B/ _____

Clase de Responsabilidad Civil: General Extracontractual Predios y Operaciones

Coberturas Básicas:

Lesiones Corporales - Daños a la Propiedad Ajena

Descripción del Riesgo:

Prima Anual: _____ (+5%)

Forma de Pago:	Voluntario	Cobrador	Corredor
	ACH	Tarjeta de Crédito	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, S.A., 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