



Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

**DATOS DEL CONTRATANTE**

<input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL	<input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA	Nombre Completo:	
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento o Constitución:	Día/ Mes/ Año/	R.U.C. / Cédula / Pasaporte:
País de Nacimiento o Constitución:	Nacionalidad:	País de Residencia:	
Dirección Residencial:		E-mail:	
Tel. Residencia:	Celular:	Estado civil:	
Profesión/Actividad Económica:		Ocupación Actual:	
Empresa donde Trabaja:		Lugar (es) donde tributa:	
Tel. Ofic:		Corredor:	
Dirección del Cobro:			

**PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL**

Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual	<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual
<input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual	<input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual	<input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual
¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), o familiar, colaborador o persona de confianza de un PEP? En caso de afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Identifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción**  
Declaro que todas mis actividades se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:  
Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: \_\_\_\_\_

**PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA**

Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual	<input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual	<input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual
<input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual	<input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual	<input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual	<input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual
Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona jurídica es una persona expuesta políticamente (PEP). En caso afirmativo, explique.			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción**  
Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:  
Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: \_\_\_\_\_

**INTEGRANTES DE LA PERSONA JURÍDICA**

Cargo	Nombre	Cédula o Pasaporte	Nacionalidad
Presidente			
Secretario			
Tesorero			
Otro Dignatario			
Director			
Director			
Director			
Representante Legal o Apoderado Registrado			

**Accionistas, beneficiarios y/o propietarios reales con más de 10% de las acciones de la sociedad**

Nombre	Nacionalidad	Cédula o Pasaporte	Porcentaje Accionario

**Agente Residente**

Nombre:	Dirección:
---------	------------

## DATOS DEL ASEGURADO

\*Llenar en caso de ser distinto al contratante  PERSONA NATURAL  PERSONA JURÍDICA Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Género: M  F  Fecha de Nacimiento o Constitución: \_\_\_\_\_ Día/ Mes/ Año/ R.U.C. / Cédula / Pasaporte: \_\_\_\_\_

País de Nacimiento o Constitución: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. Residencia: \_\_\_\_\_ Tel. Ofic: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profesión/Actividad Económica: \_\_\_\_\_

Ocupación Actual: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección del Cobro: \_\_\_\_\_ Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_

## VIGENCIA DE LA POLIZA

Desde el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

## DESCRIPCION DEL VEHICULO ASEGURADO

Año	Marca	Modelo	Tipo	Capacidad	Placa
Uso del Vehículo		Número de motor	Número de chasis		Valor del vehículo

Actividad del vehículo: \_\_\_\_\_ Equipo extra incluido: \_\_\_\_\_

Acreeedor Hipotecario: \_\_\_\_\_

Conductor Habitual u Operador: \_\_\_\_\_ Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_

RIESGOS	LIMITES DE RESPONSABILIDAD	DEDUCIBLES	PRIMAS
<b>RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO</b>			
A. Lesiones Corporales	B/. B/.	Por persona Por accidente	B/.
B. Daños a la Propiedad	B/.	Por accidente	B/.
<b>GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE</b>			
C. Asistencia Médica	B/. B/.	Por persona Por accidente	B/.
<b>DAÑOS AL VEHICULO DESCRITO</b>			
D. Comprensivo	Valor Real Efectivo	B/.	B/.
E. Colisión o vuelco	Valor Real Efectivo	B/.	B/.
F. Incendio o Robo únicamente	Valor Real Efectivo	B/.	B/.
G. Equipo Extra	Valor Real Efectivo	B/.	B/.
H. Otros	Valor Real Efectivo	B/.	B/.
<b>PRIMA TOTAL</b>			B/.

**FORMA DE PAGO:**  ACH  Tarjeta de Crédito  Pago Voluntario  Descuento de Salario  Pago Acreeedor  Cobra Corredor Otros: \_\_\_\_\_

Expresamente autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A. para que consulte las referencias que mantengo en la base de Datos de la Asociación Panameña de Crédito (APC) ) o en la base de datos de cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, así como también para que consulte a dichas entidades los resultados de cualquier análisis o tratamiento de dichos datos que surjan de mi historial de crédito y para que suministre la información sobre mi historial de crédito a aquellos agentes económicos que la soliciten conforme lo establecido en la ley vigente. Igualmente autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A. para que recopile, comparta, transmita y suministre a la ASOCIACION PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC) o a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, los datos sobre el historial de crédito que mantenga con la aseguradora. Autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A., a la ASOCIACION PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC) y a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, a consultar con mi total consentimiento el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validar mis datos de identificación.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas.

\_\_\_\_\_

Contratante
Corredor
Fecha

## PARA USO DE LA COMPAÑÍA

APROBADO SI  NO  Nombre del colaborador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_