



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/Razón Social/Razón Comercial:	
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:	
Celular:			Tel. Residencia:		
Dirección Residencial: (País, Provincia, Barrio, Calle, Casa o Edificio)			Dirección Laboral: (País, Provincia, Barrio, Calle, Casa o Edificio)		
Profesión/Actividad Económica:		Ocupación Actual:		Empresa donde Trabaja: _____ (En caso de ser independiente o comerciante, describir la actividad a la que se dedica)	
E-mail:			Estado civil:		
Lugar (es) donde tributa:			No. NIT/RUC/TIN/RIF:		
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"/> De 30 mil a 50 mil USD anual <input type="checkbox"/> Más 50 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			
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.		¿Es usted un Familiar o estrecho colaborador PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de afirmativo, explique: Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____ Relación con el PEP: _____			
¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de afirmativo, explique: Cargo actual o anterior: _____					

Declaración de Fuentes y Origen de recursos de la transacción

Declaro que todas las actividades que ejerzo, 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 detallar actividad comercial, profesión y/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"/> De 1 millón a 10 millones USD anual <input type="checkbox"/> Más de 10 millones 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			
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	Fecha de Nacimiento	Dirección
Presidente					
Secretario					
Tesorero					
Director					
Director					
Representante Legal/ Apoderado Registrado/ Administrador					

Accionistas, beneficiarios y/o propietarios reales.

Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su % de participación accionaria. Solamente aquellos que posean 10% o más de participación en el capital social de la empresa.

Nombre	Nacionalidad	Cédula o Pasaporte	Porcentaje Accionario

Agente Residente

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

DESCRIPCIÓN DEL BIEN A ASEGURAR

Urbanización o barriada:	Provincia:	Distrito:	Corregimiento:
Barrio:	N° de calle:	N° de local	N° de edificio:
Nombre de la Avenida:	Nombre del edificio:	N° de apartamento:	N° de piso:

TIPO DE CONSTRUCCIÓN DEL BIEN ASEGURADO

Paredes: <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro _____	Pisos: <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro _____	Techo: <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	--

MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL BIEN ASEGURADO

Alarma contra incendio <input type="checkbox"/>	Alarma contra robo <input type="checkbox"/>	Guardia de seguridad <input type="checkbox"/>	Puerta de hierro <input type="checkbox"/>
Portero eléctrico <input type="checkbox"/>	Extintores <input type="checkbox"/>	Rociadores <input type="checkbox"/>	Detectores de humo <input type="checkbox"/>
Verjas de hierro en ventanas y aires acondicionados <input type="checkbox"/>	Estación de bomberos más cercana <input type="checkbox"/>	Cámaras de video vigilancia <input type="checkbox"/>	Alarma contra robo <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PÓLIZA

Límite de responsabilidad:	USD _____ Seleccionar si es: <input type="checkbox"/> CONTENIDO <input type="checkbox"/> EDIFICIO ó ESTRUCTURA
Vigencia de la póliza:	Desde: _____ Hasta: _____
Acreedor hipotecario:	_____
Giro del negocio:	_____

COBERTURAS SEGÚN COTIZACIÓN ADJUNTA

Tarifa aceptada: _____		
Prima Anual (Sin impuesto):	Impuesto del 5%: USD _____	COBERTURAS Y DEDUCIBLES (Según cotización aceptada)

FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO

<input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Descuento bancario <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Descuento de tarjeta De crédito <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Cantidad de cuotas
---	--	---

Solicitado por: _____ Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

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.

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a **ASEGURADORA ANCÓN S.A.**, para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora.

Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de **ASEGURADORA ANCÓN S.A.** Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

APROBADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del colaborador: _____	Cargo: _____	Firma: _____
Observaciones: _____		Fecha: _____	