



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/
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"/> 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
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"/>	
		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"/> 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	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:
------------------	------------

Designación del proyecto de construcción (Si el proyecto consiste de varias secciones indicar la(s) sección(es) a asegurar):

Lugar de las obras:

Nombre y dirección del Propietario:

Nombre(s) y dirección(es) del (de los) contratista(s):

Nombre(s) y dirección(es) del (de los) subcontratista(s):

Nombre y dirección del ingeniero consultor:

Descripción de la obra (facilitar detalles técnicos exactos.) Dimensiones (longitud, altura, profundidad, luz libre, número de pisos)

Tipo de cimentación y profundidad máxima de excavación:

Método de construcción:

Materiales de construcción: Concreto armado Acero Madera Otros (especificar):

Experiencia del contratista en obras similares o en este método de construcción: Si No

Vigencia del seguro: Periodo de construcción _____ meses. Fecha de inicio de los trabajos _____
 Fecha de terminación de la obra _____ Periodo de mantenimiento _____ meses.

Indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos:

SECCIÓN I - DAÑOS MATERIALES	SUMAS ASEGURADAS
Obras civiles (obras civiles definitivas y provisionales, incluyendo todos los materiales utilizados para las mismas)	_____
Valor del contrato de construcción	_____
Equipo de construcción e instalaciones en el lugar de las obras	_____
Maquinaria de construcción según relación anexa	_____
Remoción de escombros	_____
Suma Asegurada bajo sección 1	_____
SECCIÓN II - RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	SUMAS ASEGURADAS
Daños a terceros en sus personas	_____
Para una persona	_____
Para varias personas	_____
Daños a terceros en sus bienes	_____
Límite único combinado	_____

El asegurado debe anexar la siguiente información:

- Cronograma de la obra
- Listado de la maquinaria (año, marca, modelo y valor de reposición a nuevo).

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituyan la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado mas arriba. Queda estipulado que el Asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El Asegurador está obligado a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

Para puertos, muelles, diques, túneles, galerías, represas, carreteras, aeropuertos, instalaciones ferroviarias, alcantarillados y sistemas de abastecimiento de agua y puentes, se deberán utilizar los respectivos cuestionarios para los mismos.

DATOS PARA LA EMISIÓN

Vigencia requerida:

Prima Anual (Sin impuesto):	Impuesto del 5%: USD	PRIMA TOTAL (Incluye impuestos): USD
-----------------------------	----------------------	--------------------------------------

FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO

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

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

Expresamente autorizo a **ASEGURADORA ANCON, 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 ANCON, S.A.** para que recopile, comparta, transmita y suministre a la **ASOCIACION PANAMENA DE CREDITO (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 ANCON, S.A., a la ASOCIACION PANAMENA DE CREDITO (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 ANCON 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 ANCON 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 NO Nombre del colaborador: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Observaciones: _____ Fecha: _____