



ASEGURADORA ANCON

GRUPO MULTINACIONAL DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO  
ROBO



Atención al Cliente: 210-8787

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: _____<br>(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"/><br>En caso de afirmativo, explique:<br>Nombre del PEP: _____<br>Cargo del PEP: _____<br>Relación con el PEP: _____ |                                                       |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>En caso de afirmativo, explique:<br>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/<br>Apoderado Registrado/<br>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: |
|------------------|------------|

| DATOS DEL BIEN A ASEGURAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Ubicaciones a cubrir:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                                          |
| Límite de responsabilidad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | USD                                         |                                                          |
| Vigencia de la póliza:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Desde: _____ Hasta: _____                   |                                                          |
| Límite geográfico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |                                                          |
| Medidas de seguridad contra robo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                                                          |
| Pérdidas pagaderas en caso de siniestros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |                                                          |
| COBERTURAS SEGÚN COTIZACIÓN ADJUNTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |                                                          |
| Tarifa aceptada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Deducible:                                  |                                                          |
| Prima Anual (Sin impuesto):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Impuesto del 5%: USD                        | PRIMA TOTAL<br>(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              |
| <div>Solicitado por: _____ Firma del solicitante: _____ Fecha: _____</div> <p>Expresamente autorizo a <b>ASEGURADORA ANCÓN, S.A.</b> para que consulte las referencias que mantengo en la base de Datos de la <b>Asociación Panameña de Crédito (APC)</b> ) 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 <b>ASEGURADORA ANCÓN, S.A.</b> para que recopile, comparta, transmita y suministre a la <b>ASOCIACION PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC)</b> 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 <b>ASEGURADORA ANCÓN, S.A., a la ASOCIACION PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC)</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a <b>ASEGURADORA ANCÓN S.A.</b>, 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 <b>ASEGURADORA ANCÓN S.A.</b> 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 <a href="https://www.asegurancon.com/">https://www.asegurancon.com/</a>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.</p> |                                             |                                                          |
| PARA USO DE LA COMPAÑÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                                                          |
| APROBADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre del colaborador: _____ Cargo: _____ Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                             |                                                          |
| Observaciones: _____ Fecha: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                             |                                                          |
| "Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |                                                          |