



*Los campos rellenables de texto no se borrarán



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/		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"/> 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	<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.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿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: _____					

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	<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					
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:

*Llenar en caso de ser distinto al contratante

DATOS DEL ASEGURADO

<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:					

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	
Actividad del vehículo: _____			Equipo extra incluido: _____		
Acreedor Hipotecario: _____					
Conductor Habitual u Operador: _____			Cédula/Pasaporte: _____		
RIESGOS	LIMITES DE RESPONSABILIDAD		DEDUCIBLES		PRIMAS
RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO					
A. Lesiones Corporales	B/. B/.	Por persona Por accidente	B/.	B/.	B/.
B. Daños a la Propiedad	B/.	Por accidente	B/.	B/.	B/.
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE					
C. Asistencia Médica	B/. B/.	Por persona Por accidente	B/.	B/.	B/.
DAÑOS AL VEHICULO DESCRITO					
D. Comprensivo	Valor Real Efectivo		B/.	B/.	B/.
E. Colisión o vuelco	Valor Real Efectivo		B/.	B/.	B/.
F. Incendio o Robo únicamente	Valor Real Efectivo		B/.	B/.	B/.
G. Equipo Extra	Valor Real Efectivo		B/.	B/.	B/.
H. Otros	Valor Real Efectivo		B/.	B/.	B/.
PRIMA TOTAL					B/.

FORMA DE PAGO: ACH Tarjeta de Crédito Pago Voluntario Descuento de Salario Pago Acreedor Cobra Corredor Otros: _____

Frecuencia de pago: _____

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.

Contratante_____
Corredor_____
Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

APROBADO SI NO Nombre del colaborador: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Observaciones: _____ Fecha: _____