

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres / Razón Social:			C.I. / Pasaporte / R.U.C.:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento (Ciudad / País):		Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	
Profesión:	Ocupación Actual:	Actividad Económica:		Empresa donde Labora:		
Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:		Casa / Edificio / Torre:		Piso Nº / Nivel:	Apto / Oficina / Local:	
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Sector:		Apartado Postal:	
Teléfono de Residencia:	Teléfono Celular:	Teléfono de Oficina:		Fax:		
Dirección de Correo Electrónico:						

Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres / Razón Social:			C.I. / Pasaporte / R.U.C.:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento (Ciudad / País):		Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	
Profesión:	Ocupación Actual:	Describe sus funciones:		Empresa donde Labora:		
Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:		Casa / Edificio / Torre:		Piso Nº / Nivel:	Apto / Oficina / Local:	
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Sector:		Apartado Postal:	
Teléfono de Residencia:	Teléfono Celular:	Teléfono de Oficina:		Fax:		
Dirección de Correo Electrónico:						

Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### UBICACIÓN DEL BIEN A ASEGURAR

Propietario del Edificio: \_\_\_\_\_

Calle/Avenida:		Casa/Edif./Torre/Condominio:		Piso/Nivel:	Local/Apto/Oficina:
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Barriada:		Apartado Postal:

¿Existe Acreedor Hipotecario?:  
Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_

Registro de Propiedad:  
Finca: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_ Rollo: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_

Clase de Bien:  
 Edificio  Contenido Especifique: \_\_\_\_\_

Ocupación:  
 Comercio  Industria  Vivienda  Otro: \_\_\_\_\_ Actividad del Negocio: \_\_\_\_\_

Descripción del Riesgo: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Información Adicional:

¿Se llevan los libros de acuerdo con la ley?:  Sí  No En caso afirmativo, indique:

¿Dónde guardan los inventarios?:  En Caja Fuerte  Oficina Contable Fecha del Último Inventario: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS PREFERENCIALES

Apellidos y Nombres/Razón Social:	C.I./Pasaporte/R.U.C	Bien(es) Asegurado(s)

### DETALLES DE CONSTRUCCION

Año de Construcción:		Nº de pisos (incluyendo sótanos):		Tiempo ocupando las instalaciones:	
Estructura de:	Área construida (m <sup>2</sup> ):	Paredes de:	Altura (mts.):		
Divisiones Interiores de:	Pisos de:	Estructura de techo:	Techo de:		
Numero de Entrepisos:	Cielo raso de:	Puertas de:	Nro. de Puertas:		
Ventanas de:	Nro. de Ventanas:	Acabado de la fachada principal:	Distancia de la fachada a la calle:		
Claraboyas:	Tragaluces:	Aberturas A/A:	Otras Aberturas:		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Describe: _____					

### VISTA DEL EDIFICIO

Vertical:          Otros:

Horizontal:          Otros:

### LINDEROS DEL EDIFICIO

Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes, indique si es Habitación, Comercio, Industria u otros (especifique):

Colindancia	Ocupación	Tipo de construcción	Distancia (m)
Norte			
Sur			
Este			
Oeste			

¿Colinda con algún Terreno sin edificar o edificación edificada?:

Sí  No Detalles: \_\_\_\_\_

¿Tiene Pendiente el terreno?:

Sí  No Indicar Desnivel: \_\_\_\_\_

Distancia del edificio con:

a) Causes: \_\_\_\_\_ b) Ríos: \_\_\_\_\_ c) Lagos: \_\_\_\_\_ d) Mares: \_\_\_\_\_

Otros Ocupantes del Edificio ( Indique todos sus Ocupantes):

Nombre:	Indique si es Habitación, Comercio, u otros (especifique)

### DETALLES DEL CONTENIDO

Describe las existencias almacenadas en el edificio:

¿Dónde y cómo se almacenan?:

Distancia desde el suelo de los bienes almacenados: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Existen elevadores de carga?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Maneja la mercancía con: <input type="checkbox"/> Carretilla <input type="checkbox"/> Palet Hidráulico <input type="checkbox"/> Montacargas <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---	---

### SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO

Sistemas Mínimos: <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extintores <input type="checkbox"/> Externos	Hidrantes: <input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Con Impulsión Propia <input type="checkbox"/> Sin Impulsión Propia	Rociadores: <input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos	Fuente de Agua: <input type="checkbox"/> Una (1) <input type="checkbox"/> Dos (2)	Estación de bomberos más cercana: _____
Nro. extinguidores: _____	Tipo de extinguidor: _____	¿Tienen mantenimiento?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existen Corta-corriente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Existen cercas perimetrales?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existen Guardias Nocturnas?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Duermen algunas personas de noche allí?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### Señalizaciones de Seguridad:

No Fumar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ruta de Evacuación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Salida de: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---	---

¿Hay en existencia sustancias y/o efectos peligrosos, tales como: aceites vegetales, alcohol, algodón, gasolina, kerosén u otros líquidos inflamables, celuloide, fuegos artificiales, explosivos, fibras vegetales, pólvora, películas cinematográficas, paja y similares?:  
 Sí  No En caso afirmativo, explique tipo de sustancia, cantidad y donde se depositan:

¿Qué porcentaje representa su valor con relación al valor total de las Mercaderías en existencia?: _____ En caso de asegurar carpinterías, mencionar máquinas y maderas utilizadas:	¿Es inherente a la actividad ejercida por los ocupantes del edificio, la existencia de inflamables?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

### Instalaciones Eléctricas:

Cables dentro de tubería sobre pared: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cables Empotrados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Planta eléctrica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Toma corrientes con tapa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caja de fusibles con tapa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### BIENES ASEGURABLES

Bienes Asegurables	Valor Real Asegurable	% Primer Riesgo relativo
a) Edificios		
b) Maquinarias y Equipos para la industria y el comercio		
c) Instalaciones		
d) Mejoras o bienhechurías		
<b>Suma Asegurada Total de la Sección A</b>		
e) Existencias de mercancías		
f) Mobiliarios		
g) Suministros		
<b>Suma Asegurada Total de la Sección B</b>		
<b>Suma Asegurada Sección C: Responsabilidad Civil</b>		
<b>Sección A: "EDIFICIOS", "MAQUINARIAS Y EQUIPOS PARA LA INDUSTRIA Y EL COMERCIO", "INSTALACIONES" Y "MEJORAS O BIENHECHURÍAS"</b>		

Coberturas	Límite de Responsabilidad sobre la Suma Asegurada Total de la Sección A	Deducible
Incendio, Rayo y/o Explosión	100%	NO APLICA
Impacto de aeronaves, satélites, cohetes u aparatos aéreos	100%	NO APLICA
Daño directo por Humo u Hollín	100%	NO APLICA
Gastos Salvamento	B/ 10,000.00	NO APLICA
Gasto Extraordinarios	15%	NO APLICA
Gastos de Extinción de Incendios	25%	NO APLICA
Remoción de Escombros	50%	NO APLICA
Daño directo por Terremoto	100%	2% Límite de R., mínimo B/ 1,000.00
Daño directo por Huracán, Vendaval y Granizo	100%	2% LR., min B/ 1,000.00
Daño directo por Inundación	100%	1% LR., min B/250. max B/ 100,000

Daño directo por Desbordamiento del mar	100%	1% LR., min B/250. max B/ 100,000
Daño por agua	100%	1% LR., min B/250. max B/ 25,000
Daño directo por Desórdenes públicos	100%	250
Daño directo por Maldad	100%	250
Daño directo por Robo o Intento de Robo	B/ 1,500.00	250
Daños Eléctricos	100%	20% valor pérdida
Rotura de Vidrios o Vidrieras o Letreros	10% máximo B/ 5,000	10% valor pérdida, mínimo B/ 250
Rotura Planta Eléctrica	10%	NO APLICA
Restauración Estética	5% máximo B/ 5,000	250 por evento

**Sección B: "EXISTENCIAS", "MOBILIARIO" Y "SUMINISTROS"**

<b>Coberturas</b>	<b>Límite de Responsabilidad sobre la Suma Asegurada Total de la Sección B</b>	<b>Deducible</b>
Incendio, Rayo y/o Explosión	100%	NO APLICA
Impacto de aeronaves, satélites, cohetes u aparatos aéreos	100%	NO APLICA
Daño directo por Humo u Hollín	100%	NO APLICA
Gastos Salvamento	B/ 10,000.00	NO APLICA
Remoción de Escombros	50%	NO APLICA
Daño directo por Terremoto	100%	2% Límite de R., mínimo B/ 1,000
Daño directo por Huracán, Vendaval y Granizo	100%	2% L R., mín. B/ 1,000.00
Daño directo por Inundación	100%	1% LR., mín. B/250. máx. B/ 100,000
Daño directo por Desbordamiento del mar	100%	1% LR., mín. B/250. máx. B/ 100,000
Daño por agua	100%	1% LR., mín. B/250. máx. B/ 25,000
Daño directo por Desórdenes públicos	100%	B/ 250
Daño directo por Maldad	100%	B/ 250
Daño directo por Robo o Intento de Robo	B/ 1,500.00	B/ 250
Daño directo por Filtración y/o Goteo	20%	10% valor pérdida, mínimo B/ 1,000
Daño directo por Falta de refrigeración	100%	NO APLICA
Daños Eléctricos	100%	20% valor pérdida
Rotura de Vidrios o Vidrieras o Letreros	10% máximo B/ 5,000	10% valor pérdida, mínimo B/ 250
Rotura Planta Eléctrica	10%	NO APLICA
Restauración Estética	5% máximo B/ 5,000	250 por evento
Lucro Cesante	VER CONDICIONES	NO APLICA
Saqueo	100%	NO APLICA
Robo y asalto con forzamiento a elemento del edificio	25% máximo B/ 25,000.00	10% valor pérdida
Robo y asalto con forzamiento a Caja Menuda	250	10% valor pérdida
Robo y asalto con forzamiento a Caja Fuerte (Dinero o Valores)	10% máximo B/ 10,000	10% valor pérdida
Robo y asalto dentro y fuera del local	10% máximo B/ 10,000	10% valor pérdida
Fidelidad	B/ 1,500.00 por empleado, B/ 5,000.00 Agregado Anual	NO APLICA
Equipo Electrónico	15%	1% valor pérdida, mínimo B/ 250
Interrupción del Negocio	B/ 1,000.00 por mes, máx. 6 meses	NO APLICA
Transporte Terrestre	10%	250

**Sección C: RESPONSABILIDAD CIVIL**

Coberturas	Límite de Responsabilidad sobre la Suma Asegurada Total de la Sección C	Deducible
Responsabilidad civil	100%	NO APLICA
Defensa Legal por Incendio	B/ 100,000,00	NO APLICA
Gastos Médicos de Terceros	B/ 5,000,00 por persona, B/ 25,000.00 por Accidente	NO APLICA
Daños a la propiedad de terceros	B/ 100,000,00	NO APLICA
Patronal	25% máximo B/ 25,000.00	NO APLICA
Productos (Sólo Restaurantes)	10%	NO APLICA
Contratistas y Sub-contratistas Independientes	B/ 50,000,00	NO APLICA
Dueños, Propietarios y Arrendatarios	B/ 100,000,00	NO APLICA
Cruzada	B/ 50,000,00	NO APLICA

**Sección D: ASISTENCIA INTEGRAL AL ASEGURADO**

Coberturas	Límite de Responsabilidad	Deducible
Inhabilitación temporal	B/ 1,000 c/mes, máx. 6 meses	NO APLICA
Traslado Ambulancia	B/ 150 Agregado Anual	NO APLICA
Gastos Sepelio	B/ 1,000	NO APLICA
Coordinación de Médico a Negocio	B/ 150 Agregado Anual	NO APLICA

**Sección E: ASISTENCIA INTEGRAL AL NEGOCIO**

Coberturas	Límite de Responsabilidad	Deducible
Servicio cerrajería Urgente	B/ 50 por evento, B/ 150 Anual	NO APLICA
Personal de Seguridad	B/ 250 Anual	NO APLICA

**EQUIPOS ELECTRÓNICOS**

Bien	Marca	Modelo	Años de Antigüedad	Suma Asegurada

**FIDELIDAD DE EMPLEADOS**

Nro. de Empleados que manejan o tienen acceso a dinero de manera frecuente: \_\_\_\_\_ Nro. de Empleados que no tienen acceso a dinero: \_\_\_\_\_

Nro. de Empleados que manejan o tienen acceso a dinero de forma eventual: \_\_\_\_\_ ¿Tiene control de doble firmas para los cheques?:  Sí  No  
De ser afirmativo, Responda ¿A partir de qué monto?: \_\_\_\_\_

¿Su empresa realiza auditorías internas y externas?:  Sí  No De ser afirmativo, Indique frecuencia de ambas: \_\_\_\_\_

¿La empresa cuenta con los siguientes controles?:

Caja registradora:  Sí  No Impresora que registre la fecha y el monto de cada una de las ventas:  Sí  No

Facturas de ventas diarias:  Sí  No Libro de caja diario:  Sí  No Facturas de egresos diarios:  Sí  No

**Rotura de Cristales, Espejos, Vidrios, Lunetas y Letreros**

Descripción	Suma Asegurada

**TRANSPORTE DE VALORES**

Medios de transporte empleados para efectuar depósitos o traslados de los bienes: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los Traslados: \_\_\_\_\_ Distancia Aproximada de los traslados: \_\_\_\_\_

Medios de transporte empleados para efectuar los traslados de los bienes: \_\_\_\_\_

¿Utilizan custodia para el traslado de valores?:  Sí  No Indique el nombre de la empresa que presta este servicio: \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO**

Pago a través de: Tarjeta de Crédito  Voluntario  ACH  Periodicidad: Mensual  Trimestral   
 Cargo en Cuenta  Otro  Semestral  Anual

**EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS**

Compañía de Seguros	Suma Asegurada	Bien	Nº de Póliza	¿Presentó Sinistros?	Periodo de Vigencia
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desde: _____ Hasta: _____
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desde: _____ Hasta: _____
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desde: _____ Hasta: _____

**AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL**

Al solicitar este seguro, declaro que las afirmaciones y respuestas que anteceden son correctas. Igualmente autorizo a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., para que solicite cualquier información que requiera para la emisión de este seguro conforme a las normas establecidas por MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO**

Doy mi consentimiento y autorizo MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comercial que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

**OBSERVACIONES IMPORTANTES**

- Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta Solicitud, entre la fecha de la firma por el solicitante y la emisión y entrega de la Póliza por la Compañía, o durante la vigencia de esta Póliza debe ser participada a la Compañía inmediatamente. En tales casos, la Compañía se reserva el derecho de rechazar la Solicitud o anular el contrato, o de aplicar una tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que la Compañía formará del riesgo.
- Las declaraciones o informaciones contenidas en esta Solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre el Solicitante y la Compañía. El Contrato entra en vigor al haber obtenido el Solicitante el recibo correspondiente a la primera Prima pagada, firmado por un representante autorizado de La Compañía, pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.

**DECLARACIÓN DE FE**

Declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes o beneficios, derivados de actividades ilícitas o de delitos de legitimación de capitales.

Convengo que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud y certifico la exactitud y veracidad de las mismas y que no he omitido, ocultado disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

La Responsabilidad de la Compañía no comienza hasta que la Póliza haya sido emitida y autorizada por un representante autorizado de MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Se firma en Panamá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del PROPUESTOASEGURADO: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Firma del CONTRATANTE: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Firma del Corredor: \_\_\_\_\_ Licencia Nro.: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES (ESPACIO PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS)**