

Fecha: _____

DATOS PROPUESTO CONTRATANTE

Contratante / Razón Social:				Nacionalidad:	C.I. / Pasaporte / R.U.C.:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Panameño <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Empresa	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección del Contratante:					
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Sector	Apartado Postal:	
Teléfono de Residencia:	Teléfono Celular:	Teléfono de Oficina:	Fax:		
Dirección de Cobro:					
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Sector	Apartado Postal:	
Localidad:			Correo Electrónico:		
Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):					
1.	2.	3.	4.		

DATOS PROPUESTO ASEGURADO

Asegurado / Razón Social:				Nacionalidad:	C.I. / Pasaporte / R.U.C.:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Panameño <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Empresa	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección del Propuesto Asegurado:					
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Sector	Apartado Postal:	
Teléfono de Residencia:	Teléfono Celular:	Teléfono de Oficina:	Fax:		
Dirección de Cobro:					
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	Urbanización / Sector	Apartado Postal:	
Localidad:			Correo Electrónico:		
Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):					
1.	2.	3.	4.		

FORMA DE PAGO

Pago a través de:	Periodicidad:
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> Cargo en Cuenta	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

DATOS SOBRE LOS PREDIOS A ASEGURAR

Propietario del Predio Principal:

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

El predio colinda con:

Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas Terreno sin edificar Obras en construcción o demolición

Ríos, causes, mares, lagos, quebradas a _____ mts. Pendientes

Número de Propuestas Aseguradas adicionales _____. Detallar nombre completo, Tipo y Número de Identificado, Actividad realizada por cada uno de ellos en endoso separado que formará parte de esta solicitud.

Número de predios o locales adicionales _____. Detallar ubicación y actividad realizada en cada uno de ellos en endoso separado que formará parte de esta solicitud.

¿Tiene almacenadas sustancias inflamables, peligrosas o tóxicas?:

Sí No En caso afirmativo, detalle tipo de sustancias y forma de almacenamiento: _____

Tipo de Póliza:

Anual Renovable Temporal: Detalle vigencia del seguro: Desde el día _____ Hasta el día _____
mm / dd / aaaa mm / dd / aaaa

Número de Asegurados Adicionales _____. Detallar nombre, número de identificación y actividad realizada por cada uno de ellos en endoso separado que formará parte de esta solicitud.

Descripción de actividad a asegurar, descripción de los productos fabricados, vendidos o servicios prestados:

En caso de realizar más de una actividad, especificar porcentaje (%) de facturación correspondiente a cada actividad:

Años de experiencia en cada una de las actividades realizadas:

Número de empleados directos o contratados para la actividades realizadas:

Facturación Año Anterior: B./ _____ Facturación Estimada Año en curso: B./ _____

¿Exporta productos o servicios? En caso afirmativo, detallar:

DATOS DEL EQUIPO ESPECIAL

País Destino	Facturación año anterior: B./	Facturación Estimada año en curso: B./
Canadá		
Estados Unidos de América		
Otro:		
Otro:		

EXPERIENCIA OTROS SEGUROS

Compañía de Seguros	Plan	Nro. de Póliza	¿Presentó Sinistro(s)	Período de Vigencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desde: _____ Hasta: _____
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desde: _____ Hasta: _____

COBERTURAS A CONTRATAR

Cobertura	Límite máximo de responsabilidad	DEDUCIBLES Porcentaje (%); Monto Mínimo
<input type="checkbox"/> COBERTURA BÁSICA - PREDIOS Y OPERACIONES		
<input type="checkbox"/> R.C. RIESGO LOCATIVO	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. AVISOS, LETREROS Y VALLAS PUBLICITARIOS.	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. POR INCENDIO Y/O EXPLOSIÓN.	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. PROPIETARIOS, DUEÑOS Y ARRENDATARIOS DE INMUEBLES	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. CONTRACTUAL	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. ANTE VECINOS	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. POR DAÑOS POR AGUA	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. VIGILANTES	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. POR ACTIVIDADES SOCIALES Y DEPORTIVAS	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. POR ANIMALES DOMESTICOS	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. POR TRANSPORTE, CARGA Y DESCARGA	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. ASCENSORES, ESCALERAS MÉCANICAS, GRÚAS Y MONTACARGAS	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. CRUZADA (Sólo si existen asegurados adicionales, según lo informado en la SECCIÓN 7. DATOS GENERALES DEL RIESGO A ASEGURAR de esta solicitud).	Sub Límite:	

<input type="checkbox"/> R. C. POR CONTAMINACIÓN ACCIDENTAL	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. POR ELABORACIÓN Y/O SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDA	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. PERSONA PARTICULAR	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. POR COMBUSTIBLES LÍQUIDOS O GASEOSOS	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R.C. POR CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. DE PATRONAL; Número de Empleados: _____ Número de Obreros: _____	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. DE PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOS; Volumen Anual Estimado De Ventas: B./_____ / Ingresos Brutos: B./_____	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> R. C. DE GARAJES O ESTACIONAMIENTOS	Límite por Vehículo: _____ Límite por Año Póliza: _____	Pérdida Parcial: _____ Pérdida Total: _____
<input type="checkbox"/> R. C. DE TALLERES MECÁNICOS	Límite por Vehículo: _____ Límite por Año Póliza: _____	Pérdida Parcial: _____ Pérdida Total: _____
<input type="checkbox"/> R. C. DE VEHICULOS AJENOS Y ALQUILADOS	Límite por Vehículo: _____ Límite por Año Póliza: _____	Pérdida Parcial: _____ Pérdida Total: _____
<input type="checkbox"/> R. C. DE GARAJES Y VALE PARKING	Límite por Vehículo: _____ Límite por Año Póliza: _____	Pérdida Parcial: _____ Pérdida Total: _____
<input type="checkbox"/> R. C. EN EXCESO DE R. C. DE VEHÍCULO BÁSICA	Límite por Vehículo: _____ Límite por Año Póliza: _____	Pérdida Parcial: _____ Pérdida Total: _____
<input type="checkbox"/> R. C. EJECUTIVOS FUERA DEL PAÍS	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> GASTOS PARA ASISTENCIA LEGAL	Sub Límite:	
<input type="checkbox"/> GASTOS PARA PAGOS SUPLEMENTARIOS	Sub Límite:	

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

- Yo, el **CONTRATANTE**, doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza a suscribir proviene de una fuente de capitales, bienes, haberes, valores, títulos o beneficios derivados de actividades lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con los delitos legitimación de capitales previstos en la Ley.
- Autorizo la verificación de la información suministrada, así como a suministrar datos a terceros para fines de evaluación de riesgo.
- Con la entrega de este Condiciones Particulares, el **CONTRATANTE/ASEGURADO** declara que: Recibe y por ende conoce todos y cada uno de los documentos inherentes a este contrato, entiéndase Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Endosos, Cláusulas y demás documentos aquí indicados, en los cuales se especifican las condiciones de aceptación de los riesgos de esta Póliza por parte de **MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

Convenio 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 PROPUESTO ASEGURADO: _____ Cédula: _____

Firma del CONTRATANTE: _____ Cédula: _____

Firma del Corredor: _____ Licencia Nro.: _____

OBSERVACIONES (ESPACIO PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS)