

Datos Generales del Asegurado:																					
Cédula: _____ RUC: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nacionalidad: _____																					
1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____ 1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Razón Social: _____ Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Razón Comercial: _____	Tipo: Gobierno <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Micro Empresa <input type="checkbox"/> Servicio u Oficina <input type="checkbox"/> Comercio en General <input type="checkbox"/>																				
Dirección del Asegurado:																					
Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio / Condominio: _____ No. de Apartamento: _____ Urbanización / Area Poblada: _____ Corregimiento: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ País: _____ Apartado Postal: _____ E-Mail: _____ Zona: _____ Dirección en Internet (Web): _____	Teléfonos: _____ Oficina: _____ Fax: _____ Otro: _____																				
Ocupación / Actividad: _____ Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Nombre Completo del Cónyuge: _____ Cédula: _____																					

Vigencia (dd/mm/aa): _____	Desde: _____	Hasta: _____	Fecha Efectiva: _____
----------------------------	--------------	--------------	-----------------------

Responsable de Pago: (si es distinto al asegurado)																					
Cédula: _____ RUC: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nombre de Empresa: _____																					
1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____ 1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____																					

Forma de Pago:		Día de pago: _____ <small>Seleccionar forma de pago e indicar cantidad:</small>																															
1) Descuento Directo Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Banco: _____ No. de tarjeta: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Diners Club <input type="checkbox"/> Vencimiento: Mes _____ Año _____ Favor Firmar Autorizando el Descuento: _____																															2) Transferencia Electrónica (ACH) <input type="checkbox"/> 3) Descuento Directo Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> <small>Recuerde llenar formulario de autorización</small> 4) Transferencia de Fondos <input type="checkbox"/> 5) Pago Voluntario <input type="checkbox"/> 6) Descuento de Planilla <input type="checkbox"/>	<small>(Sujeto a Aceptación)</small> Mensual <input type="checkbox"/> _____ Bimestral <input type="checkbox"/> _____ Trimestral <input type="checkbox"/> _____ Cuatrimestral <input type="checkbox"/> _____ Semestral <input type="checkbox"/> _____ Anual <input type="checkbox"/> _____	<small>Pagos</small> _____ _____ _____ _____ _____ _____

Dirección de Cobros: (Si es distinta a la del asegurado)	
Urbanización o Area Poblada: _____	Calle o Avenida: _____
Casa o Edificio/Condominio: _____	No. de Apartamento: _____ Corregimiento: _____
Distrito: _____ Provincia: _____	País: _____ Apartado Postal: _____
Zona: _____ Dirección en Internet (Web): _____	E-mail: _____
Teléfonos: Oficina: _____ Residencia: _____	Fax: _____ Otro: _____

Descripción Física del Bien a Asegurar:

Tipo de Construcción: El edificio tiene _____ pisos de _____, paredes exteriores de _____
 divisiones interiores de _____, techo de _____ y ocupado como _____
 vidrio en la estructura del edificio (S/N) Describa: _____

Ubicación del Riesgo: Calle o Avenida: _____
 Casa o Edificio / Condominio: _____ No. de Apartamento: _____
 Ocupación del Edificio: Planta Baja Planta Alta Ambas
 Urbanización o Area Poblada: _____ Corregimiento: _____
 País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Acreedor Hipotecario: _____ Hasta qué límite: _____ Sobre qué bienes: _____

Medidas de Seguridad :**Para Robo:**

Verjas de hierro en ventanas Puerta de hierro Cerca Guardia de seguridad
 Vigilancia canina Sistema de alarma Portero eléctrico Empleada doméstica
 Verjas de hierro en aires acondicionados Ubicación en planta alta

Para Incendio:

Alarma de incendio Extintores Rociadores
 Detector de humo Estación de bomberos más cercana: _____

Límite Máximo de Responsabilidad:

Para edificio B/. _____ Para contenido B/. _____

¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes? Si No Indique en qué Compañía: _____
 Indique montos: B/. _____
 No. de póliza: _____

Importante:

Nota: En caso de que el asegurado adquiera alguna de las coberturas adicionales indicadas, será requisito indispensable que proporcione la siguiente información

Nombre del Asegurado bajo la Cobertura de Muerte Accidental:

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____
 1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Cédula: _____

Beneficiarios de la Cobertura por Muerte Accidental:**Beneficiarios Contingentes**

Nombre	Parentesco	Cédula	%	Nombre	Parentesco	Cédula	%

Para la Cobertura de Fidelidad en Exceso:		
Nombre del Empleado	No. de Cédula	Posición o Cargo

En caso de ser más de cinco empleados en la empresa, favor adjuntar listado a parte indicando: nombres, números de cédula y posiciones o cargos de los empleados

Para la Cobertura de Carga Terrestre favor idicar:		
No. de Póliza	Compañía	Descripción del Vehículo

En caso de ser más de cinco vehículos, se les solicita adjuntar una nota indicando número de póliza, Compañía y descripción del vehículo

En los casos que el Asegurado requiera alguna de las Coberturas Adicionales abajo detalladas, favor adjuntar a esta solicitud la siguiente información

A.	Para la Cobertura de Equipo Electrónico con límites mayores a B/. 10,000 (diez mil Balboas): Listado detallando el equipo electrónico
B.	Para la Cobertura de Rotura de Maquinaria / Explosión de Calderas con límites mayores a B/. 10,000 (diez mil Balboas): Listado de tallando las maquinarias
C.	Para la Cobertura de Lucro Cesante: Ultimo estado financiero auditado del negocio asegurado
D.	Para la Cobertura de Objetos de Valor: Listado de los objetos de valor, cuadros u objetos raros que se encuentren dentro del local y el valor de cada uno de ellos
E.	Para la Cobertura de Responsabilidad Civil de Productos: Información de ingresos por ventas del año anterior, proyección de ventas del año en curso y el listado de productos en venta

CORREDOR DE SEGUROS
No. de Liciencia: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

El solicitante certifica que la información anterior es exacta. Este documento sólo constituye una solicitud por lo que no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por ASSA Compañía de seguros,S.A.ni de que, en caso de emitirse la póliza concuerde totalmente con los términos aquí plasmados.

Para uso del Departamento	
Póliza No.:	_____ Unidad No.: _____
Facultativo:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exonerada de Impuesto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oficina Emisora: _____ Emisor: _____
Coaseguro Líder:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solicitar inspección: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oficina Suscriptora: _____ Suscriptor: _____
Declarativa:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Código de Grupo: _____ Código de Grupo Póliza: _____
Ingreso por Unidades o Bienes:	_____
Frecuencia de Facturación:	Anual: _____ Mensual: _____
Fecha de Aceptación:	_____ Fecha de Rechazo: _____ Firma: _____

Apartado Postal 0816-01622 - Panamá, Rep. de Panamá
www.assanet.com
Teléfono: 300-2772 - Fax: 300-2721

62B03001