

SOLICITUD DE PÓLIZA DE AUTOMÓVIL

Conozca a su Cliente

NOTA IMPORTANTE: Para evitar demoras en la emisión de la Póliza solicitada, por favor contestar cada pregunta completamente, sin enmiendas, firmada por el Asegurado, para iniciar el proceso de suscripción.

Vigencia del Seguro: (DD / MM / AAAA)	Corredor (es):	%	Licencia:
Desde: ___ / ___ / ___ Hasta: ___ / ___ / ___			

1. DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado:	Nombre/Apellido Completo (Representante Legal)	Si es Persona Jurídica, Coloque Nombre de la Sociedad			
N° Cédula de Identidad / N° de Pasaporte si es Extranjero		No. de R.U.C. (Persona Jurídica):		Dígito Verificador	
Correo electrónico personal:	Nacionalidad	Fecha de Nac.:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:
		/ / dd mm aaaa		M F	
Dirección Residencial: (País, Provincia, Distrito, Calle, Urbanización/Nombre del Edificio, # de casa/apartamento)					Teléfonos:
					Res.:
					Celular:
Profesión:		Ocupación:		Dirección de Cobros:	
Lugar y Dirección de Oficina:			Teléfonos Oficina:	Correo Electrónico oficina:	
Actividad a la que se dedica la Empresa: (Persona Jurídica)					
Acreeedor Hipotecario			Apartado Postal:		
¿Es o ha sido una Persona Expuesta Políticamente? Si No		Especifique el cargo:		¿Tiene Algún Familiar que es o haya sido una Persona Expuesta Políticamente? Si No	
				Especifique el cargo y nombre de la persona:	

1.1 Perfil Financiero (En caso de ser Persona Jurídica, coloque la Información de la Empresa):

Ingreso Anual Actividad Principal: Menos de 250 mil US\$ 250 mil y 1 millón US\$ 1 millón y 10 millones US\$ Más de 10 millones US\$

Ingreso Anual Otra Actividad: Menos de 250 mil US\$ 250 mil y 1 millón US\$ 1 millón y 10 millones US\$ Más de 10 millones US\$

1.2 Referencias de la Empresa (Por favor coloque una Comercial y una Bancaria) Aplica Solo para Persona Jurídica:

Nombre o Razón Social	Actividad o Sector:	Relación con el Cliente:	Teléfono de Contacto:	Nombre de Contacto:

2. DATOS DEL CONTRATANTE: Completar solo si es distinto al Asegurado

Contratante:	Nombre/Apellido Completo (Representante Legal)			Si es Persona Jurídica, Coloque Nombre de la Sociedad	
Número de R.U.C. (Persona Jurídica)				Cédula o Pasaporte:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	M F	Dirección de Cobros:	
Correo electrónico				Teléfono:	

3. DATOS GENERALES DEL AUTOMÓVIL

Año	Marca	Modelo	Tipo	Capacidad	Placa
Color	Número de Chasis	Número de Motor		Uso	
				Particular	Comercial
Nombre de los Conductores:		Edad	Cédula o Pasaporte	¿Responsable de Accidentes de Tránsito en los últimos 3 años?	
1.				SI	NO
2.				SI	NO

4. COBERTURAS

COBERTURA	LIMITE	DEDUCIBLE	PRIMA
A. Lesiones Corporales	X persona X accidente		B/.
A. Daños a la propiedad ajena	X accidente	B/.	B/.
B. Gastos Médicos	X persona X accidente	B/.	B/.
C. Comprensivo	B/.		B/.
D. Colisión o vuelco	B/.	B/.	B/.
E. Incendio	B/.	B/.	B/.
F. Robo	B/.	B/.	B/.
Endoso Especial NASE			B/.
Póliza SOAT SOAT Lesiones Corporales SOAT Daños a la propiedad ajena			
		PRIMA TOTAL	B/.

FORMA DE PAGO:	ACH	Tarjeta de Crédito	Desc. Salario	Pago Voluntario	Corredor	OTROS:
----------------	-----	--------------------	---------------	-----------------	----------	--------

Como empresa identificada con la protección del medio ambiente entregaremos copia física de las Condiciones Generales solo a solicitud expresa del cliente, caso contrario, la misma puede ser descargada de nuestra página web www.nacionaldeseguros.com.pa

Por medio de la presente autorizo (amos) de manera irrevocable a Nacional de Seguros, afiliadas y subsidiarias para que consulte, solicite, recopile, transmita, suministre e intercambie con cualquier agencia de información de datos, instituciones financieras, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, o de cualesquier agente económico de la localidad o del exterior, toda la información que estime conveniente sobre las obligaciones, operaciones o transacciones que mantengo o pudiera contener con dichos agentes económicos. De igual manera exoneró (amos) a Nacional de Seguros, afiliadas y subsidiarias, sus empleados, ejecutivos, directores, dignatarios o apoderados de cualquier consecuencia o responsabilidad resultante de ejercicio que se haga con esta autorización.

Fundamento Legal Ley Nº 24 de 22 de Mayo de 2002

Por la presente Declaramos que la información suministrada en esta solicitud son ciertas y serán la base para suscripción del riesgo, así mismo formará parte integral de la póliza a emitir, de no ser cierta, se haya omitido o sea falsa la información suministrada en este documento, causaría la nulidad de la póliza, por lo que damos fé de lo antes señalado los suscritos:

Firma del Asegurado _____

Firma Corredor de Seguros _____

Firma del Contratante _____

Fecha de solicitud _____