Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

Solicitud de Fianza de Propuesta, Cumplimiento Pago y Pago Anticipado.

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

CONTRATISTA

Nombre del Contratista: _____ RUC / D.V: _____

Teléfono Oficina: _____ Teléfono Celular: _____

Representante Legal: _____ Cédula del R.L.: _____

ACREEDOR

Nombre del Acreedor: _____

Dirección: _____

Teléfono Oficina: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Eléctronico: _____ Correo Factura Electrónica: _____

Representante Legal: _____ Cédula del R.L.: _____

País donde tributa sus ingresos: _____

Objeto de la Fianza / Detalle de la Licitación, Obra o Contrato: _____

_____

_____

Duración del Contrato: _____Días ☐ _____Meses ☐ Vigencia desde: _____ (dd/mm/aaaa) Vigencia Hasta: _____ (dd/mm/aaaa)

Periodo de Garantía: Vigencia Periodo de Defectos de Construcción: _____

Vigencia Periodo de Vicios Redhibitorios: _____

Licitación Pública No.: _____

Monto total del contrato: B/.: _____

Fianzas Requeridas

Fianza de propuesta: Fecha del Acto / Propuesta: _____

Propuesta Valor Afianzado: % _____ Suma Afianzada B/. _____

Fianza de Cumplimento: Valor Afianzado: % _____ Suma Afianzada B/. _____

Fianza de Pago: Valor Afianzado: % _____ Suma Afianzada B/. _____

Fianza de Pago Anticipado: Valor Afianzado: % _____ Suma Afianzada B/. _____

Solicitud de Precio No.: _____ Orden de Compra No.: _____

Contrato No.: _____ Otro: _____

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN

Declaraciones: Por este medio, el suscrito autoriza Compañía Internacional de Seguros, S.A. (LA COMPAÑÍA) de forma irrevocable y expresa para solicitar, captar tratar y transferir todos los datos personales, incluyendo datos sensibles, con el fin de emitir y gestionar una póliza de seguros, incluyendo evaluación de riesgos, reclamos u otros relacionados a la prestación del servicio, así como también el mercadeo, gestión de productos y servicios relacionados, autorizando que dichos datos puedan ser compartidos con subsidiarias, afiliadas, reaseguradores, corredores, ajustadores, proveedores de servicios, profesionales de la salud y autoridades competentes, bajo condiciones de confidencialidad, seguridad y legalidad, incluyendo transferencias internacionales cuando sean necesarias para las finalidades autorizadas, asegurando en todo momento la aplicación de garantías equivalentes a las exigidas por la normativa panameña. También reconozco mis derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad (ARCO), los cuales podré ejercer mediante los canales habilitados en la Política de Privacidad y Uso de Datos Personales de LA COMPAÑÍA descritas en: https://www.iseguros.com/privacidad

Solicitado por: _____ Fecha: _____

Corredor de Seguros: _____ Fecha: _____

NOTA: Agradecemos enviarnos esta solicitud con un mínimo de 48 horas hábiles