



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Solicitud de Seguro de Transporte Flotante**

Página 1/2

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

**DATOS PERSONA NATURAL**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento:  Cédula  Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: M  F   
dd mm aa

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Unido  Viudo

Ocupación: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Acreedor Hipotecario: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN RESIDENCIAL**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONA JURÍDICA**

Razón Social: \_\_\_\_\_ RUC y D.V.: \_\_\_\_\_

Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ Tipo de Documento:  
 Cédula  Pasaporte No.: \_\_\_\_\_

Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN LABORAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio/Oficina: \_\_\_\_\_ Piso / # de local: \_\_\_\_\_

**PARA PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS**

**DIRECCIÓN DE ENVÍO:**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio/Oficina: \_\_\_\_\_ Piso / # de local: \_\_\_\_\_

Si desea añadir direcciones adicionales adjunte una página al documento con las mismas.

**ASEGURADO ADICIONAL**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: Cédula  Pasaporte  No: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

País (es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

Es usted un P.E.P.: Sí  No  Nombre del P.E.P. Titular: \_\_\_\_\_

Cargo del P.E.P.: \_\_\_\_\_

Período del Cargo: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd mm aa dd mm aa

**DEFINICIÓN DE P.E.P.:** Son personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado. También los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales.

**QUIENES PUEDEN SER P.E.P. - Familiares Cercanos:** Cónyuge, padres, hermanos e hijos del P.E.P. Estrecho Colaborador: Persona que puede realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza en nombre del P.E.P.

**PLAZO DEL P.E.P.:** Desde su nombramiento en el cargo, hasta un período no mayor de dos años desde el momento que cesa de ejercer las funciones y obligaciones por la cual fue calificado persona políticamente expuesta en un inicio.

**FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO:**

Voluntario  Descuento Bancario (Adjuntar formulario)  Descuento Tarjeta de Crédito (Adjuntar formulario)

Mensual  Trimestral  Cuatrimestral  Semestral  Bisemanal  Anual Cantidad de Cuotas: \_\_\_\_\_

Vigencia: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo de Negocio: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

**Mercancía:** \_\_\_\_\_

**Embalaje:** Contenedores Sellados: \_\_\_\_\_ % Carga Suelta Mar: \_\_\_\_\_ % Carga Aérea VNDD: \_\_\_\_\_ %

Contenedores Compartidos: \_\_\_\_\_ % Carga Aérea VDD: \_\_\_\_\_ %

Otros: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ %



## Cía. Internacional de Seguros, S.A. Solicitud de Seguro de Transporte Flotante

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

**Límites Geográficos:**

- Importaciones: Desde: \_\_\_\_\_  
Hasta: \_\_\_\_\_

- Exportaciones: Desde: \_\_\_\_\_  
Hasta: \_\_\_\_\_

- Emb. Directos: Desde: \_\_\_\_\_  
Hasta: \_\_\_\_\_

- Local: Desde: \_\_\_\_\_  
Hasta: \_\_\_\_\_

**Volumen Anual Estimado:** Importaciones: \_\_\_\_\_  
Exportaciones: \_\_\_\_\_

**Valor Promedio de Embarque:** \_\_\_\_\_ Cantidad de Embarques Anuales: \_\_\_\_\_

**Valuación:** \_\_\_\_\_

**Límite de Responsabilidad:** Vía Marítima: \_\_\_\_\_ p/barco  
Vía Aérea: \_\_\_\_\_ p/avión  
Vía Postal: \_\_\_\_\_ p/envío  
Terrestre: \_\_\_\_\_ p/transporte  
Otros: \_\_\_\_\_

**Cuadro de Tarifas:**

	Imp.	Exp.		Imp.	Exp.
Contenedores Sellados:	_____	_____	Carga Aérea VDT:	_____	_____
Contenedores Compartidos:	_____	_____	Carga Aérea VNDD:	_____	_____
Carga Suelta Marítima:	_____	_____	Transporte Terrestre:	_____	_____
Otros:	_____	_____	Otros:	_____	_____

**COBERTURAS**

Seleccione la cobertura deseada con un

Coberturas	✓	Tasa	Suma Asegurada	Prima
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
	<input type="checkbox"/>			B/.
Total Prima Bruta			B/.	B/.
Impuesto 5%			B/.	B/.
Total Prima Neta			B/.	B/.

Fecha de Aniversario: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

Tiene Seguro de Incendio: Sí  No  Cía.: \_\_\_\_\_ # de Pólizas (s): \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros Actual: \_\_\_\_\_

Condiciones Actuales de la Póliza (incluyendo deducibles): \_\_\_\_\_

**SINIESTRALIDAD (últimos tres años)**

Año	Primas	Reclamos	Causa

**CORREDORES**

Nombre	# de Licencia	% Part. Com.	% Participación	% Comisión

La Compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña del Crédito y podrá, a falta de pago por más de 90 días, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA**

Centro de Operación: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Tipo de Negocio: CA  CC  RA  100% IS

Tipo de Movimiento: Nueva  Reemplazo  #Pol. Original: \_\_\_\_\_ Re-Emisión: \_\_\_\_\_

Negocio con más de un pagador: \_\_\_\_\_ Fronting: \_\_\_\_\_ Impuesto: \_\_\_\_\_ Negocio del Extranjero: \_\_\_\_\_

Asegurado Vinculante: \_\_\_\_\_ Agrupador: \_\_\_\_\_

Tipo de Operación: Importaciones  Exportaciones  Local  Embarques Directos

% Valuación: \_\_\_\_\_ Comisario de Averías: \_\_\_\_\_

No. de Certificado: \_\_\_\_\_ Sub Ramo: \_\_\_\_\_ Objeto de Seguro: \_\_\_\_\_ Coberturas: \_\_\_\_\_