



La Regional
de Seguros

**Póliza de Seguro de Equipo Pesado
Solicitud de Seguros**

Datos del Propietario

Nombres y Apellidos o Razon Social:

Cédula o RUC: Pasaporte N°: Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento: Provincia: Edad: Sexo: ☐ M ☐ F

Lugar o Lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unido Profesión u Oficio:

Tipo de Actividad: ☐ Comercial o Profesional ☐ Estudiante ☐ Gubernamental ☐ Independiente

Dirección de Residencia:

Provincia: Distrito:

Corregimiento: Urbanización:

Calle: Via:

☐ Casa ☐ Local ☐ C.C.:

Piso: Oficina: N° Teléfono: N° Celular:

Apartado Postal: Zona: Dirección E-mail:

Datos del Propuesto Asegurado

Complete si el **Asegurado** es diferente al Contratante:

Nombres y Apellidos o Razon Social:

Cédula o RUC: Pasaporte N°: Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento: Provincia: Edad: Sexo: ☐ M ☐ F

Lugar o Lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unido Profesión u Oficio:

Tipo de Actividad: ☐ Comercial o Profesional ☐ Estudiante ☐ Gubernamental ☐ Independiente

Dirección de Residencia:

Provincia: Distrito:

Corregimiento: Urbanización:

Calle: Via:

☐ Casa ☐ Local ☐ C.C.:

Piso: Oficina: N° Teléfono: N° Celular:

Apartado Postal: Zona: Dirección E-mail:

FORMA DE PAGO

☐ Tarjeta de Crédito ☐ Transferencia Electrónica ACH ☐ Transferencia Banca en Línea

☐ Descuento en Planilla ☐ Pago Voluntario (Se requiere pago adelantado)

Frecuencia de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Datos del Riesgo

Ubicación:

Equipo	Marca	Modelo	año	Motor	chasis	Suma asegurada	Acreedor Hipotecario

Observación:

Autorización

Doy mi consentimiento y autorizo a La Regional de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Regional de Seguros, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización. Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente en concurrencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para La Regional De Seguros, S.A. de acuerdo a la ley 24 del 22 de mayo del 2002.

Firma del Contratante: Firma del Asegurado: Firma del Productor:

Código:

Fecha: / / Fecha: / / Fecha: / /

2014LRDS-SEGURO DE GANADO / La Regional de Seguros, S.A. - RUC: 2203687-7-773722 DV: 9/ Inscrita en la Superintendencia de Seguros y Reaseguros bajo resolución No. 30-18 de 10 de diciembre de 2012 Torre Panamá, P.H. Oficina 1300, Urbanización Costa del Este, Corregimiento de Parque Lefevre, Provincia y Distrito de Panamá
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá