

Datos del 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: _____ Vía: _____

☐ Casa ☐ Edificio ☐ Local ☐ C.C.: _____

Piso: _____ ☐ Apartamento: _____ ☐ 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 o Lugares donde el cliente tributa por sus ingresos:

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

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: _____ Vía: _____

☐ Casa ☐ Edificio ☐ Local ☐ C.C.: _____

Piso: _____ ☐ Apartamento: _____ ☐ 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

Nombre Actual: _____ Matricula: _____ Tipo de Nave: _____

Marca: _____ Modelo: _____ Fecha de Adquisición: _____

Lugar de Construcción: _____ Año: _____

Lugar de última reconstrucción: _____ Año: _____

N° de Tripulantes: _____ Aguas en las que navega: _____

Bandera: _____ Límites de Navegación: _____

Material del Casco: _____ Puerto Base: _____

Dimensiones: Eslora(Largo): _____ Manga: _____ Profundidad: _____

Marca de Motores: _____ Fuerza: _____

Combustible: _____ Tonelaje Bruto: _____ Tonelaje Neto: _____

Datos del Capitán

Nombres y Apellidos: _____

Dirección de Habitación: _____

Teléfonos: _____ Nacionalidad: _____

Licencia N°: _____ Lugar y fecha de Expedición: _____

Si la embarcación tiene más de dos (2) años, indique con antelación, el tiempo estimado de varada (en dique seco): _____

Coberturas Solicitadas

Suma Asegurada

Bàsica:

☐ Casco Todo Riesgo _____

Requiere ampliar la cobertura contra accidentes que provengan de cualquiera de los siguientes riesgos y mediante el pago de una prima adicional: Si: _____ No: _____

En caso afirmativo, selecciones con una (x) la alternativa que corresponda:

- ☐ R. C. Ante Terceros _____
- ☐ Muerte Accidental _____
- ☐ Incapacidad Total y Permanente y Perdida de Extremidades _____
- ☐ Gastos Mèdicos y por Fallecimiento _____
- ☐ Exceso de Velocidad _____
- ☐ Efectos Personales _____
- ☐ Riesgos de Competencias o regatas _____
- ☐ Motin o Conmociòn Civil _____
- ☐ Remolque _____
- ☐ Responsabilidad frente a esquiadores Acuáticos _____
- ☐ Riesgo en Trànsito _____

2016-LRDS-EMBARACIONDEPLACER / La Regional de Seguros, S.A.- RUC. 2203687-1-773722 DV: 9/ Inscrita en la Superintendencia de Seguros y Reaseguros bajo resolución No. JD-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

Acreedor Hipotecario

Entidad Acreedora	RUC	Monto

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 consecuencia 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 Contatante:

Firma del Asegurado:

Firma del Productor:

Fecha: / /

Fecha: / /

Código: _____

Fecha: / /

2013-LRDS-AERONAVES / La Regional de Seguros, S.A.- RUC. 2203687-1-773722 DV: 9/ Inscrita en la Superintendencia de Seguros y Reaseguros bajo resolución No. JD-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