



EDIFICIO AMERICAN INTERNATIONAL, 4TO PISO, CALLE 50 Y AQUILINO DE LA GUARDIA
 APARTADO 0816-07854, Panamá Rep. de Panamá, Tel: 302-5000 - Fax: 302-5021

SOLICITUD PARA SEGURO DE AUTOMOVIL INDIVIDUAL

I. DATOS DEL ASEGURADO

FECHA: _____

Nombre: _____
 Dirección Residencia: _____
 Dirección de Correo Electrónico: _____ Apartado Postal _____
 Dirección de Cobros: _____
 Teléfono Oficina _____ Teléfono Residencia _____ Celular _____
 Fecha de Nacimiento _____ Cédula: _____
 Estado Civil: Casado/a _____ Soltero/a _____
 Dueño de Casa: Sí _____ No _____
 Ocupación: _____
 Tiene Licencia de Conducir Vigente? Si _____ Tipo _____ No _____ Años de Experiencia _____
 Nombre del Propietario Legal del Vehículo _____
 Acreedor Hipotecario _____

II. DESCRIPCION DEL VEHICULO

Marca del Vehículo: _____
 Modelo del Vehículo: _____
 Año del Vehículo: _____
 Costo del Vehículo Nuevo: _____
 Valor Actual del Vehículo: _____
 Número de Chasis: _____
 Número de Motor: _____
 Número de Placa: _____ Extras Instaladas: _____
 Posee el vehículo algún tipo de alarma contra robo? Sí _____ No _____ Especifique _____
 Declare si tiene estacionamiento asignado en la oficina. Si _____ No _____ Donde lo estaciona _____
 Declare si en su residencia su vehículo permanece: _____ en garaje cerrado _____ en la calle _____ garaje abierto

III. USO DEL VEHICULO

_____ Se utiliza para ir al trabajo.
 _____ Es utilizado por menores de 25 años.
 _____ Es utilizado para uso personal únicamente.
 _____ Es utilizado para uso personal y comercial.
 _____ Es utilizado para uso comercial únicamente.
 Tiene usted algún otro seguro con nuestra compañía. Especifique tipo de seguro: _____

IV. COBERTURAS

LIMITES DE RESPONSABILIDAD

PRIMA

Compreensivo	\$ _____	\$ _____
Choque o Vuelco	\$ _____	\$ _____
Responsabilidad por Lesiones Corporales	\$ _____	\$ _____
Responsabilidad por Daños a la Propiedad	\$ _____	\$ _____
Gastos Médicos	\$ _____	\$ _____
Beneficio Adicional	_____	\$ _____
Descuento Concedido % _____		\$ _____
		SUB-TOTAL \$ _____
		IMPUESTO 6% \$ _____
		PRIMA TOTAL: \$ _____

*****NOTA:** La responsabilidad de la Compañía no comienza hasta que la Póliza sea emitida y la misma haya sido firmada por un representante de la Compañía. Queda convenido y entendido conforme al artículo 1000 del Código de Comercio que toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por el asegurado o por su representante, que hubieran podido influir en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo.

PARA PERSONA NATURAL O JURIDICA

"Por este medio consiento y autorizo expresamente a National Union para que recopile, transmita y suministre a las agencias de información de datos (mi historial de crédito/el historial de crédito de la sociedad que represento) a partir del momento en que dicha empresa emita la póliza a mi nombre y durante todo el tiempo en que mantengamos una relación contractual en materia de seguros o de cualquier otra naturaleza. Conozco la naturaleza y el contenido de los datos sobre (mi historial de crédito/el historial de crédito de la sociedad) que serán recopilados, transmitidos, y suministrados, y por lo tanto, consiento y autorizo expresamente dicha recopilación, transmisión y suministro por parte de National Union Fire Insurance Co. of Pittsburgh, P.A."

Asegurado (F)

Corredor de Seguros (F)