

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 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: _____

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 Vehículo

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo de Tracción: ☐ Automática ☐ Manual

Año: _____ Color (es): _____ Placa del Vehículo: _____

N° de Pasajeros: _____ Número de Motor: _____ Número de Chasis: _____

Uso del Vehículo: ☐ Particular ☐ Comercial ☐ Autobuses ☐ Otro: _____

Tipo de Vehículo: ☐ Turismo ☐ 4x4 Grupo de Vehículo: ☐ 2 a 4 Ton ☐ 4 Ton en adelante

Dispositivos de Seguridad: ☐ Inmovilizer ☐ Bastón ☐ Alarma ☐ Otro: _____

Coberturas Solicitadas

SOAT Suma Asegurada Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos (APOV):

☐ Lesiones Corporales: 5,000 por Pesona / 10,000 por Acc. N° de Ocupantes Conductor: _____ Ayudantes: _____

☐ Daños a la Propiedad Ajena: 5,000 por Accidente Suma Asegurada _____

Responsabilidad Civil en exceso del Limite SOAT Muerte Conductor: _____ Por Ocupante: _____

☐ Lesiones Corporales: _____ Incapacidad Conductor: _____ Por Ocupante: _____

☐ Daños a la Propiedad Ajena: _____ ☐ Extensión de Garantías Vehículos 0 Km. _____

☐ Gastos Médicos: _____ ☐ Automedida: Vehículos con más de 7 años de Antigüedad

☐ Todo Riesgo Automóvil: _____ Accesorios: Suma Asegurada _____

Asistencia Vial ☐ 1) _____

☐ Basica ☐ Plus ☐ Platinum ☐ Vehículo Comercial ☐ 2) _____

Conductor (es) Habitual (es) del Vehículo

Nombre y Apellido	Cédula	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% Uso

Acreeedor 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. De igual forma autorizo a La Regional de Seguros, S.A., a consultar mi historial de transito, infracciones, multas y todo lo relacionado de mi persona ante la Autoridad del Transito y Transporte Terrestre de Panama.

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.

Relevo del secreto a todos los médicos a cuyas prestaciones haya acudido o podría acudir, ya sea antes o bien después de la suscripción del presente formulario, como también a los Hospitales, las Clínicas, las Instituciones, los Institutos en general, publicos y particulares, Compañías de Seguros y Reaseguros, que puedan poseer información sobre mi persona, a los que la Compañía quisiera recurrir, autorizándoles expresamente e invitándoles a facilitar toda información, certificación y documentación necesaria, Autorizo además que LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A., suministre informaciones sobre mi persona a otras personas o Instituciones por necesidades técnicas, estadísticas, de seguros o de reaseguros.

Firma del Contratante:

Firma del Asegurado:

Firma del Productor:

Fecha: / /

Fecha: / /

Código: _____

Fecha: / /