La Regional de Seguros

Póliza de Seguro de Equipo Electronico
Solicitud de Seguros

Vigencia: Desde_____ **Hasta**_____

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
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 ☐ 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
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 ☐ 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

Tipo de Poliza: ☐ Equipo Fijo ☐ Equipo Móvil

Ubicación: _____
_____

Acreedor Hipotecario: _____

Equipo	Marca	Modelo	Serie	Valor del Equipo

Coberturas:	Suma Asegurada:
Daños Materiales	
Portadores Externos de datos	
Hurto	

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 transaciones 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:
		Código: _____
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /

2014-LRDS-EQUIPO ELECTRONICO / 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