

**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: \_\_\_\_\_ 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  
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**

**TIPO DE POLIZA:**  Individual  Abierta  Declarativa  
Embarcador y Direccion: \_\_\_\_\_  
Consignatario y Direccion: \_\_\_\_\_  
Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Límites Geograficos del Embarque: \_\_\_\_\_  
Puerto o Aeropuerto de Origen: \_\_\_\_\_  
Puerto o Aeropuerto de Destino: \_\_\_\_\_  
Trasbordo: \_\_\_\_\_  
Tipo de Mercancia (detalle): \_\_\_\_\_  
**Límite del Embarque:** \_\_\_\_\_  
Tipo y Descripción del Embarque:  
 Carga Suelta: Cajas: \_\_\_\_\_ Sacos: \_\_\_\_\_  
Sin Empaque: \_\_\_\_\_ Paletizado: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Contenedor: Sellado: \_\_\_\_\_ Compartido: \_\_\_\_\_  
Nombre del Embalador o Empacador: \_\_\_\_\_

**Datos del Riesgo (Continuación)****Medio de Transporte:**

Marítimo: Línea: \_\_\_\_\_  
Nombre, Fecha y Clasificación del Barco: \_\_\_\_\_

Aéreo: Línea: \_\_\_\_\_

Terrestre: Transportista: \_\_\_\_\_  
Vehículo: \_\_\_\_\_

**La siguiente Sección debe ser Completada en caso de ser Poliza Declarativa**

Limite de Embarque por Mes: \_\_\_\_\_

Limite Maximo de la Póliza: \_\_\_\_\_

Movimiento Anual de la Poliza: \_\_\_\_\_

**Coberturas Solicitadas de Acuerdo a Cotización Adjunta.****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 llego 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-INCENDIO / 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