

FECHA DE SOLICITUD:

**I DATOS DE LA SOLICITUD**

TIPO DE TRÁMITE: <input type="checkbox"/> EMISIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ENDOSO: <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN	VIGENCIA DE LA PÓLIZA: DESDE:                      HASTA:	N° DE PÓLIZA:	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA
---	--	---------------	---

**SÓLO PARA REGISTRAR EN CASO DE QUE LA PÓLIZA SEA "COLECTIVA"**

VALOR DE SUMA ASEGURADA	PLAN
-------------------------	------

**II DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	NÚMERO DE PASAPORTE	NACIONALIDAD
------------------------------------	---------------------	--------------

NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD	NÚMERO DE RUC	GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
----------------------------	---------------	--

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO
---------------------	------	-----------	---

LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO
---------------------	------	-----------	----------	---------------

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO
-------------------------	------	-----------	----------	---------------

<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONO DE RESIDENCIA	NÚMERO DE CELULAR
<input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL		

DESCRIBA LA DIRECCIÓN

DIRECCIÓN DE OFICINA	PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO
----------------------	------	-----------	----------	---------------

<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONO DE OFICINA	NÚMERO DE CELULAR
<input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL		

DESCRIBA LA DIRECCIÓN

CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL)	CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)
-------------------------------	-------------------------------

**III DATOS DEL CONTRATANTE**

**SELECCIONE SI LOS DATOS DEL ASEGURADO SON IGUAL A LA DEL CONTRATANTE:  Sí o  No "EN CASO DE SER AFIRMATIVO NO COMPLETE ÉSTA SECCIÓN"**

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	NÚMERO DE PASAPORTE	NACIONALIDAD
------------------------------------	---------------------	--------------

NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD	NÚMERO DE RUC	GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
----------------------------	---------------	--

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO
---------------------	------	-----------	---

LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO
---------------------	------	-----------	----------	---------------

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO
-------------------------	------	-----------	----------	---------------

<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> N° DE PISO	TELÉFONO DE RESIDENCIA	NÚMERO DE CELULAR
<input type="checkbox"/> EDIFICIO <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> N° DE LOCAL		

DESCRIBA LA DIRECCIÓN

DIRECCIÓN DE OFICINA

PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	TELÉFONO DE OFICINA	NÚMERO DE CELULAR
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> N° DE PISO			
<input type="checkbox"/> EDIFICIO	<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> N° DE LOCAL			

DESCRIBA LA DIRECCIÓN

CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL)

CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)

**IV FORMAS DE PAGO**

- DESCUENTO DE TARJETA DE CRÉDITO       DESCUENTO DE ACH  
 TRANSFERENCIA BANCA EN LÍNEA Y EFECTIVO (SEMESTRAL Y ANUAL)       DESCUENTO EN PLANILLA

**FRECUENCIA:**  MENSUAL    TRIMESTRAL    SEMESTRAL    ANUAL      **INDIQUE CANTIDAD DE CUOTAS:**
**V DATOS DEL VEHÍCULO**

MARCA	MODELO	TIPO DE TRACCIÓN <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/> MANUAL	AÑO	COLOR (ES)
MATRICULA	NÚMERO DE PASAJEROS	NÚMERO DE MOTOR	NÚMERO DE CHASIS	
USO DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> AUTOBUSES <input type="checkbox"/> OTRAS:		TIPO DE VEHÍCULO <input type="checkbox"/> TURISMO <input type="checkbox"/> 4x4	GRUPO DE VEHÍCULO <input type="checkbox"/> 2 A 4 TONELADAS <input type="checkbox"/> 4 TONELADAS EN ADELANTE	
CLASIFICACIÓN DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> MULA <input type="checkbox"/> COLEGIAL <input type="checkbox"/> OTRAS:				

**ACCESORIOS**

TIPO DE MONEDA	REPRODUCTOR MP3	RADIO REPRODUCTOR	AIRE ACONDICIONADO	DVD
BALBOAS				
BALBOAS				
OTROS				
OTROS				

**VI COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

RESPONSABILIDAD CIVIL		AUTO CASCO	
<input type="checkbox"/> LESIONES CORPORALES POR PERSONA	SUMA ASEGURADA	<input type="checkbox"/> COMPRENSIVO	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> LESIONES CORPORALES POR ACCIDENTE	SUMA ASEGURADA	<input type="checkbox"/> COLISIÓN Y VUELCO	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> DAÑOS A LA PROPIEDAD AJENA	SUMA ASEGURADA	<input type="checkbox"/> INCENDIO Y ROBO	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> GASTOS MÉDICOS POR PERSONA	SUMA ASEGURADA	TIPO DE ASISTENCIA	
<input type="checkbox"/> GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	SUMA ASEGURADA	<input type="checkbox"/> BENEFICIO LA FLORESTA PREMIUM <input type="checkbox"/> OTRAS:	

**SEGURO DE ACCIDENTES PARA OCUPANTES DEL VEHÍCULO**

PERSONA ASEGURADA	MUERTE E INVALIDEZ	GASTOS MÉDICOS	PRIMA ANUAL
CONDUCTOR			
PASAJERO (s)			
AYUDANTE (s)			

**VII COBERTURAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE CONDUCEN EL VEHÍCULO**

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO**

DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO A LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, 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 FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, 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 COMPAÑÍA.

EN LA CIUDAD DE            A LOS            DEL MES DE            DEL

.....  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

.....  
**FIRMA DEL CONTRATANTE**

**CORREDOR**

NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	FIRMA

LA FLORESTA DE SEGUROS Y VIDA, S.A. RUC. 1752209-1-696588 DV 62.  
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS BAJO RESOLUCIÓN 0401 DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2010  
DIRECCIÓN: Av. SAMUEL LEWIS Y CALLE 53, OBARRIO PH OMEGA MEZZANINE, PANAMÁ – PANAMÁ  
TELÉFONO MASTER: (0507) 3779400 / ASISTENCIA AL ASEGURADO: 8002711  
[WWW.SEGUOSLAFLORESTA.COM](http://WWW.SEGUOSLAFLORESTA.COM) / CONTACTO@SEGUOSLAFLORESTA.COM