



Sucursal Panamá

CLIENTE NO. _____

SOLICITUD DE PROTECCION INTEGRAL COMERCIO Y OFICINA

Asegurado: _____
Cédula o Ruc.: _____
Operado por: _____
Cédula o Ruc.: _____

Datos Generales del Asegurado: **Anexar el Formulario de Información del Contratante o Cliente**
Datos Generales del Operador: **Anexar el Formulario de Información del Contratante o Cliente**

Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

CARACTERISTICAS DEL BIEN ASEGURADO:

Dirección del Riesgo: _____

Suma Asegurada: Contenido: _____

Tipo de Construcción: Paredes y Pisos: _____

Techo: _____

Descripción: Oficina: _____ Restaurante: _____ Sala de Belleza: _____

Clínica: _____ Comercio (Detalle): _____

Medidas de Seguridad para Incendio: _____

Medidas de Seguridad para Robo: _____

COBERTURAS SEGÚN COTIZACIÓN ADJUNTA

Tarifa: _____

Prima Anual: _____ (+ 5%)

Código Agrupador: _____

FORMA DE PAGO:

Voluntario: _____

Descto. Bancario: _____ (Adjuntar Formulario)

Descto. Tarjeta de Cr.: _____ (Adjuntar Formulario)

Cobrador: _____ Dirección de Cobros: _____

Firma del Asegurado: _____

Firma del Corredor: _____ Fecha: _____