



SOLICITUD PARA
SEGURO DE VIDA

Solicitud N° _____

Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

DATOS DEL CONTRATANTE			
☐ PERSONA NATURAL ☐ PERSONA JURÍDICA		Nombre Completo:	
Género M ☐ F ☐	Fecha de Nacimiento o Constitución: Día/ Mes/ Año/		R.U.C. / Cédula / Pasaporte:
País de Nacimiento o Constitución:		Nacionalidad:	País de Residencia:
Dirección Residencial:			E-mail:
Tel. Residencia:		Celular:	Estado civil:
Profesión / Actividad Económica:		Ocupación Actual:	
Empresa donde Trabaja:		Lugar (es) donde tributa:	
Tel. de Ofic:		Corredor:	
Dirección del Cobro:			
¿Qué otra actividad práctica?		¿Qué deportes practica?	
¿Qué vehículos maneja? ¿Maneja moto?		¿Es piloto? ¿Toma o ha tomado clases de aviación?	
¿Con qué frecuencia viaja en avión?		¿Viaja en avión de línea aérea comercial?	¿Utiliza aviones privados?
¿A que ciudades viaja?		¿Tiene pendiente algún viaje o actividad peligrosa? Explique:	
II. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL (Incluye cobertura en seguros colectivos o de grupo.)			
Compañía Aseguradora	Año de Emisión	Suma Asegurada en Vida	Suma Asegurada Muerte Acc.
¿Piensa cancelar algún seguro de vida en vigor? Explique:			
¿Alguna vez le han negado, rechazado, diferido, cancelado, modificado o negado la solicitud o la rehabilitación de un seguro de vida, de accidentes o de salud? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora y la fecha cuando sucedió.			
¿Tiene pendiente alguna solicitud o alguna rehabilitación de seguro de vida en otra aseguradora? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora, la suma asegurada y la fecha.			
PERFIL FINANCIERO PERSONA NATURAL			
Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
☐ Menos de 10 mil USD anual ☐ De 10 mil a 30 mil USD anual	☐ De 30 mil a 50 mil USD anual ☐ Más 50 mil USD anual	☐ Menos de 10 mil USD anual ☐ De 10 mil a 30 mil USD anual	☐ De 30 mil a 50 mil USD anual ☐ Más 50 mil USD anual
¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), ofamiliar, colaborador o persona de confianza de un PEP? Si ☐ No ☐ En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador_____			
Identifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique_____ Si ☐ No ☐			
Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción Declaro que todas mis actividades se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes: Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio:_____			
PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA			
Ingreso Anual Actividad Principal		Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s)	
☐ Menos de 250 mil USD anual ☐ De 250 mil a 1 millón USD anual	☐ De 1 millón a 10 millones USD anual ☐ Más de 10 millones USD anual	☐ Menos de 250 mil USD anual ☐ De 250 mil a 1 millón USD anual	☐ De 1 millón a 10 millones USD anual ☐ Más de 10 millones USD anual
Indique si algún, accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación, o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamientos de terrorismo. En caso afirmativo, explique_____ Si ☐ No ☐			
Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona jurídica es una persona expuesta políticamente (PEP) Si ☐ No ☐ En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador._____			
Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención provienen de las siguientes fuentes: Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio:_____			
Cargo	Nombre	Cédula o Pasaporte	Nacionalidad
Presidente			
Secretario			
Tesorero			
Otro Dignatario			
Director			
Director			
Director			
Representante Legal o Apoderado Registrado			

Accionistas, beneficiarios y/o propietarios reales con más de 10% de las acciones de la sociedad								
Nombre		Nacionalidad		Cédula o Pasaporte		Porcentaje Accionario		
AGENTE RESIDENTE								
Nombre:				Dirección:				
DATOS DEL ASEGURADO								
☐ PERSONA NATURAL		☐ PERSONA JURÍDICA		Nombre Completo:				
Género M ☐ F ☐		Fecha de Nacimiento o Constitución:		Día/ Mes/ Año/		R.U.C. / Cédula / Pasaporte:		
País de Nacimiento o Constitución:		Nacionalidad:		País de Residencia:				
Dirección Residencial:				E-mail:				
Tel. Residencia:		Celular:		Estado civil:				
Profesión / Actividad Económica:				Ocupación Actual:				
Empresa donde Trabaja:				Lugar (es) donde tributa:				
Tel. de Ofic:				Corredor:				
Dirección del Cobro:								
¿Qué otra actividad practica?				¿Qué deportes practica?				
¿Qué vehículos maneja?		¿Maneja moto?		¿Es piloto?		¿Toma o ha tomado clases de aviación?		
¿Con qué frecuencia viaja en avión?			¿Viaja en avión de línea aérea comercial?			¿Utiliza aviones privados?		
¿A que ciudades viaja?				¿Tiene pendiente algún viaje o actividad peligrosa? Explique:				
II. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL (Incluye cobertura en seguros colectivos o de grupo.)								
Compañía Aseguradora		Año de Emisión		Suma Asegurada en Vida		Suma Asegurada Muerte Acc.		
¿Piensa cancelar algún seguro de vida en vigor? Explique:								
¿Alguna vez le han negado, rechazado, diferido, cancelado, modificado o negado la solicitud o la rehabilitación de un seguro de vida, de accidentes o de salud? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora y la fecha cuando sucedió.								
¿Tiene pendiente alguna solicitud o alguna rehabilitación de seguro de vida en otra aseguradora? Si la respuesta es SI , indique el nombre de la compañía aseguradora, la suma asegurada y la fecha.								
III. PLAN DE SEGURO SOLICITADO								
Modelo de Póliza:		Suma Asegurada:		Modo de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual				
Prima pagada con esta solicitud: B/. _____				☐ Al contado		☐ Cheque # Banco:		
IV. COBERTURAS y ENDOSOS ADICIONALES								
☐ Muerte Accidental y Desmembramiento		B/.		☐ Incapacidad Total y Permanente		B/.		
☐ Exoneración del pago de primas por incapacidad				☐ Beneficio para Enfermedades Graves		B/.		
☐ Aditamento para Acreedor Hipotecario				☐ Otros				
V. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS								
Beneficiarios Principales		Edad	Parentesco	%	Beneficiarios	Edad	Parentesco	%
Instrucciones Especiales:								
Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ con Cédula de Identidad Personal # _____, y en su defecto a _____ con Cédula de Identidad Personal # _____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona (s) como beneficiario(s) de este seguro.								
VI. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE CUANDO NO SE REQUIERE EXAMEN MÉDICO Y EL CORREDOR TIENE LA DEBIDA AUTORIZACIÓN. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CIRCULE LA CONDICIÓN Y DÉ DETALLES EN LA COLUMNA DE EXPLICACIÓN QUE SIGUE A CADA PREGUNTA. (Incluya diagnóstico, fecha, duración, nombres y direcciones de todos los médicos que intervinieron y la institución de salud donde estuvo recluido).								
¿Ha recibido alguna vez tratamiento para, o le han indicado que ha sufrido de:				SÍ	NO	Explicación		
Cualquier enfermedad en los ojos, oídos, nariz o garganta?				☐	☐			
Mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, convulsiones, epilepsia, dolor de cabeza, defecto del habla, parálisis o ataques, enfermedad mental o nerviosa?				☐	☐			
Respiración entrecortada, ronquera o tos persistente, esputos sanguíneos, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otra enfermedad respiratoria crónica?				☐	☐			
Dolor en el pecho, angina, valvulopatías, palpitaciones, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque del corazón u otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio o sufre de presión alta o baja??				☐	☐			
Ictericia, sangrado intestinal, úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, hemia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otra enfermedad del estómago, páncreas, hígado o vesícula, los intestinos o del recto?				☐	☐			
Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, infecciones urinarias, hematuria, litiasis renal, enfermedad venérea, herpes genital, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga próstata u órganos reproductores?				☐	☐			
Diabetes, tiroides, bocio u otra enfermedad de las glándulas endocrinas?				☐	☐			
Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o enfermedad de los músculos, huesos, incluyendo la columna vertebral, espalda, las articulaciones o coyunturas?				☐	☐			
Alergias, enfermedad de la piel, deformidad, cojera o amputación?				☐	☐			

X. DECLARACIÓN DEL CORREDOR

¿Conoce usted bien al Asegurado Propuesto? _____ ¿Desde que fecha y en que capacidad? _____

¿Cuáles son los ingresos anuales del Asegurado Propuesto y de que actividades los recibe? _____

¿Cuál es la necesidad que busca cubrir el seguro aquí solicitado? _____

¿Con quién reside el Asegurado Propuesto? _____ ¿Tiene cónyuge? _____ ¿Cuál es su nombre completo? _____

¿Su edad? _____ ¿Tiene seguro de vida en vigor? _____ ¿Qué suma asegurada? _____ Si no tiene, ¿porqué no? _____

¿Tiene hijos? _____ Indique cuantos y la edad de cada uno. _____ ¿Conoce usted algún problema de salud o sobre el aspecto físico o de cualquier otro hecho que podría afectar el riesgo y que no ha sido declarado en esta solicitud? _____

Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al solicitante como sujeto de ser asegurado para los propósitos del seguro por él solicitado.

Firma del Corredor: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL

Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital, Caja de Seguro Social o cualquier institución de salud, en cualquier parte del mundo donde me hubiesen prestado servicios, para que suministre a **ASEGURADORA ANCÓN, S.A.** cualquier información médica, incluyendo datos y antecedentes patológicos o información que reposa en pruebas laboratorio, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales referentes a mi salud, incluyendo suministrar copia fotostática de los mismos, para lo cual, relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes o su copia.

Fechado en _____ el ____ de _____ de _____

Propuesto Asegurado

Testigo (Corredor de Seguros)

Panamá ____ de _____ de _____

Doctor

Director Médico

Caja de Seguro Social

Ciudad

Yo, _____ con Seguro Social N° _____

Sobre la base de lo que dispone el Artículo 84-D de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, solicito a usted, muy respetuosamente, que me suministre los datos requeridos en el formulario que le adjunto.

Atentamente,

Firma: Asegurado Propuesto

TESTIGO: Corredor de Seguros

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

1. Este seguro surtirá efecto condicionalmente hasta una suma máxima de B/.100,000, desde la fecha de la solicitud (cuando no media un examen médico), o la fecha del examen médico cuando éste es requerido, sujeto a las estipulaciones señalas en la solicitud del seguro, siempre que se presenten pruebas satisfactorias de asegurabilidad a la Compañía, que confirmen que el Propuesto Asegurado era un riesgo normal, de acuerdo a las normas de la Compañía que rigen con respecto a la aceptación de riesgos y que la solicitud era también aceptable bajo los reglamentos y normas de aseguramiento de la Compañía para el plan y la suma asegurada solicitada. Quedan expresamente excluidos de esta protección provisional, cualesquiera contratos suplementarios que hayan sido solicitados en complemento del seguro de vida básico.

2. Si dentro de sesenta (45) días hábiles, a partir de la fecha de esta solicitud, el Asegurado Propuesto no recibiera la póliza o si no se le notificara su aprobación o rechazo durante tal período, la misma se considerará rechazada y la Compañía reintegrará al Asegurado Propuesto o al Contratante la suma pagada por él. Esta devolución invalidará automáticamente este recibo condicional.

3. Este Recibo Condicional no será válido a menos que; (a) la descripción de pago a que se hace referencia en este recibo concuerde con la cantidad y modo de pago descritos en la solicitud; b) la fecha, el número de este recibo y de la solicitud, sean iguales.

“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá”