Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este Edificio GMT- Ciudad de Panamá | P.O. Box 0816-03629
Teléfonos: (507) 378-3900 Fax: (507) 378-9888
MAPFRE | PANAMÁ R.U.C.: 597-46-103707 D.V. 98
www.mapfre.com.pa

DECLARACIÓN NO. 1

Conozca a su Cliente - Persona Natural

Antes de proceder a completar esta declaración, rogamos se lean con atención y se cumplan estrictamente las instrucciones especiales que se encuentran al dorso de este documento. Por favor, revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas, de esta forma se evitarán demoras y se obtendrá el despacho inmediato de la reclamación.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO O TUTOR LEGAL

Beneficiario ☐ **Tutor Legal** ☐

DATOS GENERALES

Primer nombre (*)		Segundo nombre		Apellido paterno (*)	
Apellido materno		Apellido de casada			
Fecha de nacimiento	(día) (mes) (año)	Cédula / Pasaporte			
Estado civil		Sexo	F ☐ M ☐	País de nacimiento	
Nacionalidad		País de residencia			
Apartado postal		Correo electrónico (*)			
Tel. residencial		Celular (*)			
Dirección residencial (*)	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)				

DATOS OCUPACIONALES

Empleado ☐ Independiente ☐ Jubilado ☐ Pensionado ☐ Retirado ☐ Empresario ☐ Inversionista ☐ Otros ☐

Profesión		Ocupación (*)	
Nombre e la empresa		Ingreso mensual aprox. (*)	
Actividad a la que se dedica			
Teléfono de oficina/ Fax		Correo electrónico Ofic.	
Dirección de la empresa	(País) (Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle)		

¿Tiene obligaciones fiscales con un país que no sea Panamá? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo detalle el(los) país(es):

Fax Identification Number de E.E.U.U. (Sólo si aplica)

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Las personas políticamente expuestas son aquellas personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de políticos o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un periodo posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones obligaciones.

¿Eres una persona políticamente expuesta? (*) Sí ☐ No ☐ Relación / Cargo: _____

Desde:_____ (dd/mm/aaaa) Hasta:_____ (dd/mm/aaaa) Para familiar o estrecho colaborador indicar datos del PEP: Nombre:_____

Cédula / Pasaporte:_____

DECLARACIÓN: DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACIÓN DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS

PERFIL FINANCIERO (*)

Ingresos anuales actividad principal ☐ Menos de 10 mil US$ ☐ 10 mil a 30 mil US$ ☐ 30 mil a 50 mil US$ ☐ Más de 50 mil US$

Ingresos anuales por otras actividades ☐ Menos de 10 mil US$ ☐ 10 mil a 30 mil US$ ☐ 30 mil a 50 mil US$ ☐ Más de 50 mil US$

Detalle origen de otras actividades

REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)

Nombre o razón social	Actividad	Relación con el cliente	Teléfono de contacto
1			
2			
3			

DATOS DEL SINIESTRO

PRUEBAS DE MUERTE relacionadas con el siniestro de _____

asegurado en MAPFRE PANAMA, S.A., según Póliza número _____ Plan _____

expedida _____ por la cantidad de B/. _____

INFORMACION DEL FINADO

1. Nombres y apellidos del finado, con todas sus letras					
2. Residencia	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle) (Casa/Edificio)
3. Ocupación al momento de emitir la póliza Ocupación, cuando ocurrió el fallecimiento					
4. Fecha y lugar de nacimiento	Fecha (día) (mes) (año)		Lugar		
	(Si la edad no ha sido aún probada por la Compañía, el reclamante deberá adjuntar a esta declaración el certificado de nacimiento respectivo).				

Todos los campos en este formulario deben sercompletados.

5. Fecha y lugar de fallecimiento	Fecha	(día) (mes) (año)	Lugar	
6. ¿Era casado el asegurado?		Sí ☐ No ☐	¿Cuántas veces estuvo casado?	

Indicar fechas y detalle de cada matrimonio:

7. Indicar si el asegurado dejó testamento o falleció intestado	

Si existe testamento, indique usted si por disposición testamentaria se cambió en alguna forma el nombramiento de beneficiario hecho en la póliza, o el modo de efectuar el pago de la misma:

8. Otras compañías en la que estaba asegurada la vida del finad

Compañía	Suma Asegurada

9. Personas presentes al ocurrir el fallecimiento (indicar nombre y dirección de tres personas)

Nombre y apellido						
Dirección						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre y apellido						
Dirección						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Nombre y apellido						
Dirección						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)

10. ¿Con que carácter o título usted reclama el seguro? _____

En caso de reclamar el seguro representando a un menor de edad, indicar el nombre completo, identificación y fecha de nacimiento del menor:

Nombre _____ Identificación _____ Fecha de nacimiento_____

"El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa. y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional."

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar)

Si ☐ No ☐ Para nacionales: favor incluya copia de su cédula de identidad personal.
Para extranjeros: favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país.

FECHADO en_____el día_____de_____de 20_____

Firma del Beneficiario _____

CONSTANCIA

Hacemos constar que en nuestra presencia, _____

_____

Testigo_____Firma_____Domicilio_____

Testigo_____Firma_____Domicilio_____

DATOS DEL CORREDOR

Nombre o razón social		Nº Licencia	
Firma del Corredor		Fecha	

SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Nombre y apellido del colaborador que revisa					
Cargo/ Ocupación		Firma		Fecha	

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

La DECLARACIÓN NO.1 debe ser contestada y firmada personalmente por el beneficiario o cesionario a quien deba pagarse el seguro. En caso de existir varios beneficiarios, cada uno debe completar un formulario.

Cuando la póliza deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la declaración deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesivo correspondiente.

En caso de que el beneficiario o cesionario de póliza que reclame el pago del seguro no sepa leer, deberá expresarse esta circunstancia, imprimir su huella digital y firmar a su ruego la persona. La constancia que aparece al pie de la declaración, deberá suscribirse por dos testigos y podrá llenarse con la siguiente redacción:

"Hacemos constar que en nuestra presencia---------- imprimió su huella digital en virtud de no saber firmar, y después de enterarlo de las contestaciones dadas a las preguntas anteriores, manifestó expresamente su conformidad con ellas, y a su ruego firmó ----------".

Cuando una póliza debe pagarse a un menor de edad, la declaración deberá ser hecha por su representante legal, quien deberá justificar su carácter.

Cuando una póliza haya sido cedida, deberá acompañarse el documento original de traspaso o copia del mismo. Si acompaña solamente la copia, el documento original deberá ser entregado a la Compañía con la póliza antes de pagarse la reclamación.

En caso de que un beneficiario substituto reclame el pago de la póliza por haber fallecido el beneficiario principal, deberá justificar su fallecimiento, exhibiendo copia certificada del acta de defunción.

Si el importe total o parcial de una póliza debe pagarse "a los hijos" en general, o "a los hijos habidos en el matrimonio con ---------- " deberá rendirse una información testimonial ante los tribunales competentes sobre las fechas de nacimiento y nombres de los hijos del asegurado y exhibirse a la Compañía copia certificada de dicha información y de las actas de nacimiento de cada uno de ellos. Si alguno de los "hijos" hubiere fallecido, deberá presentarse copia del acta de defunción.

Si al ocurrir el fallecimiento del asegurado, no había sido aún admitida su edad por la compañía, el reclamante deberá comprobarla presentando el certificado de nacimiento u otro documento fehaciente.

En caso de muerte violenta por accidente, proyectil de arma de fuego, etc., u otra causa violenta semejante, los interesados deberán facilitar detalles completos del siniestros, indicando si el recibió o no asistencia médica; y en su caso deberán presentar a la compañía copia del acta levantada por las autoridades, así como los recortes de periódicos que hagan referencia a la muerte del asegurado.

Siempre que la causa del fallecimiento haya motivado investigación judicial, deberá acompañarse copia certificada de las principales diligencia que aclaren y justifiquen la causa del fallecimiento.

La DECLARACIÓN NO. 1 deberá ser formulada por una persona mayor de edad, que haya conocido íntimamente al finado y no tenga interés alguno en la reclamación.

Todas las preguntas que contienen las declaraciones deberán ser contestadas en forma clara y precisa; la Compañía se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente.

No es necesaria la intervención de terceras personas para el cobro de las pólizas de seguro; en consecuencia evítese el pago de comisiones u honorarios, formulando su reclamación directamente a la Compañía.