

Sello del Corredor

## 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 <input type="checkbox"/>		Tutor Legal <input type="checkbox"/>			
DATOS GENERALES					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido paterno	
Apellido materno		Apellido de casada/o			
Fecha de nacimiento	(día)	(mes)	(año)	Cédula / Pasaporte	
Estado civil		Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	País de nacimiento	
Nacionalidad		País de residencia			
Apartado postal		Correo electrónico			
Teléfono residencial		Teléfono celular			
Dirección residencial		(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)
DATOS OCUPACIONALES					
Profesión		Ocupación			
Nombre de la empresa		Correo electrónico			
Teléfono de oficina/ Fax		Ingreso mensual aprox.			
Dirección de la empresa		(País)	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)
¿Tiene obligaciones fiscales con un país que no sea Panamá? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo detalle el(los) País(es)					
Tax Identification Number de E.E.U.U. (Sólo si aplica)					
PERSONA POLITICAMENTE 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 jefes de 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 partidos políticos. Se considerará persona políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un período posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.					
¿Es usted una persona políticamente expuesta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo actual o anterior: _____					
En caso de responder afirmativamente, favor indicar cargo actual o anterior.					
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					
DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS					
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE MIS RECURSOS ECONÓMICOS PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (detalle actividad comercial o negocio) _____					
PERFIL FINANCIERO					
Ingresos anuales actividad principal <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
Ingresos anuales por otras actividades <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
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/. _____					
INFORMACIÓN 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).					
5. Fecha y lugar de fallecimiento	Fecha	(día)	(mes)	(año)	Lugar
6. ¿Era casado el asegurado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿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:					

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

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

8. Otras compañías en la que estaba asegurada la vida del finado	
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 qué 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 \_\_\_\_\_

**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	

**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 sustituto 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 siniestro, 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 diligencias 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.

Todos los campos en este formulario deben ser completados.

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