

## Solicitud de Seguro de Vida

Conozca a su Cliente - Persona Natural

N°

### DATOS GENERALES

Tipo de Cliente: Contratante <input type="radio"/> Asegurado Principal <input type="radio"/>					
<b>Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante, cuando este sea distinto al Asegurado Principal.</b>					
Primer nombre (*)	Segundo nombre		Apellido paterno (*)		
Apellido materno	Apellido de casada				
Fecha de nacimiento (*)	Edad (*)	Cédula / pasaporte (*)			
Fecha de expedición (*)	País de expedición (*)				
Estado civil (*)	Soltero(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input type="radio"/>	Unido(a) <input type="radio"/>	Sexo (*)	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nacionalidad (*)	País de nacimiento (*)				
País de residencia (*)	Reside en Panamá desde (*)		años		
Tel. residencial	Celular (*)				
Correo electrónico (*)	Apartado postal				
Dirección residencial (*)					
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle) (Casa/Edificio)

### DATOS OCUPACIONALES

Empleado <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Jubilado <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Retirado <input type="radio"/>	Empresario <input type="radio"/>	Inversionista <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
Profesión	Ocupación (*)						
Nombre de la empresa	Tipo de contrato laboral						
Puesto actual	Ingreso mensual aprox. (*)		Anualizado				
Actividad a la que se dedica							
Teléfono de oficina	Detallar otros ingresos						
Apartado postal	Correo electrónico (*)						
Dirección de la empresa							
	(País)	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)

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

Si su respuesta es afirmativa detalle el (los) TIN (Número de identificación contribuyente):

### 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 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 o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará persona 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 u obligaciones.

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

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

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\$

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

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

**PRIMAS Y PAGADOR**

N°

Plan \_\_\_\_\_ Opción A  B  C

Datos de cobro:  D. Banco  T. Crédito  Voluntario Frecuencia de pago:  Mensual  Trimestral  Semestral  Cuatrimestral  Bimestral  Anual

Prima periódica:	Prima periódica pagada con solicitud:	Valor de traspaso:
Prima extraordinaria pagada con solicitud:	Prima extraordinaria /Depósito:	

Envíese toda la correspondencia a:  Asegurado  Contratante  Patrono  Residencia  
 Envíese los cobros a:  Asegurado  Contratante  Patrono  Residencia

Pagador: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Céd./Pasaporte o RUC: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS**

(Marcar opción escogida)	Asegurado Propuesto No.1	Asegurado Propuesto No.2
Suma asegurada de Vida	B/.	B/.
Suma asegurada de Vida Adicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Total y Permanente – Exoneración de pago de primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Total y Permanente – Renta temporal mensual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro contra accidentes <input type="checkbox"/> Incluye lesiones corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reembolso de Primas al fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reembolso de primas ( %) Indicar porcentajes	Datos de banco y monto de cesión:	
Beneficio complementario de rescate (BCR)	<input type="checkbox"/>	
A falta de pago de prima autorizo descuento automático, si hay fondos, para pagar primas de esta póliza	<input type="checkbox"/>	

**BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA** (Si es primera muerte) o **BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PROPUESTO No. 1** (Si es separado)  
 (La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal, al sobreviviente, o en su defecto al contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentaje).

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

Nombre y Apellidos completos	Céd. / Pas. O RUC	Parentesco	Fecha de nacimiento	%

**BENEFICIARIOS CONTINGENTES**

Nombre y Apellidos completos	Céd. / Pas. O RUC	Parentesco	Fecha de nacimiento	%

De ser menor de edad el beneficiario se entregará a: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Céd. /Pas. \_\_\_\_\_  
 y como Contingente: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Céd. /Pas. \_\_\_\_\_

quien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deberá disponer a favor del menos de la(s) suma asegurada(s) que reciba de la aseguradora.

**BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA** (Si es primera muerte) o **BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PROPUESTO No. 2** (Si es separado)  
 (La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal, al sobreviviente, o en su defecto al contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentaje).

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

Nombre y Apellidos completos	Céd. / Pas. O RUC	Parentesco	Fecha de nacimiento	%

**BENEFICIARIOS CONTINGENTES**

Nombre y Apellidos completos	Céd. / Pas. O RUC	Parentesco	Fecha de nacimiento	%

De ser menor de edad el beneficiario se entregará a: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Céd. /Pas. \_\_\_\_\_  
 y como Contingente: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Céd. /Pas. \_\_\_\_\_

quien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deberá disponer a favor del menos de la(s) suma asegurada(s) que reciba de la aseguradora.

**TIENE PÓLIZA DE SEGURO DE:** Vida:  Si  No Accidentes Personales:  Si  No Hospitalización y Gastos médicos  Si  No

En caso afirmativo detallar

	AÑO DE EMISIÓN	SUMA ASEGURADA	MUERTE ACCIDENTAL	ASEGURADO PROPUESTO No.1	ASEGURADO PROPUESTO No.2	INDICAR SI ES REEMPLAZO

<b>COMPLETAR CUESTIONARIO, AUNQUE SE REALICE EXAMEN MÉDICO</b> <b>Declaraciones que el(los) Asegurado(s) hace(n) y forma parte de la solicitud presentada a MAPFRE PANAMÁ, S.A.</b>																					
Según su leal saber y entender algunos de los Asegurados Propuestos ha informado que ha tenido, cualquiera de los siguientes padecimientos (subraye la parte pertinente que aplique a las respuestas afirmativas).  Dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, gravedad, síntomas, resultados, nombre y dirección de los médicos tratantes en la parte inferior de la página.				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ASEGURADO No.1</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">ASEGURADO No.2</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estatura</td> <td style="text-align: center;">Mts. <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Estatura</td> <td style="text-align: center;">Mts. <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Peso</td> <td style="text-align: center;">Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Peso</td> <td style="text-align: center;">Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table>		ASEGURADO No.1		ASEGURADO No.2		Estatura	Mts. <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/>	Estatura	Mts. <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/>	Peso	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	Peso	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	Si	No	Si	No
ASEGURADO No.1		ASEGURADO No.2																			
Estatura	Mts. <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/>	Estatura	Mts. <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/>																		
Peso	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	Peso	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>																		
Si	No	Si	No																		
1. ¿Tiene Ud. algún menoscabo de la vista u oído?																					
2. ¿Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (Subraye la frase pendiente)																					
a) ¿Presión arterial elevada, soplos, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, angina, ataque del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedades vasculares?																					
b) ¿Cáncer, leucemia, tumor, quiste, crecimiento de cualquier de células basales, células escamosas, melanoma, próstata o conductos genitourinarios, mamas, colon?																					
c) ¿Pleuritis, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma fiebre de heno o cualquier trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño?																					
d) ¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID hace menos de 1 año?																					
e) ¿Ataque o trastorno cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o CUALQUIER trastorno mental o nervioso, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson?																					
f) ¿Fiebre reumático, reumatismo, fiebre inexplicable, artritis, gota, neuritis, ciática o CUALQUIER trastorno de la espalda, columna vertebral, huesos, articulaciones, rodillas o músculos? ¿Pérdida de peso sin motivo, frecuentes sudores nocturnos e inflamación de los ganglios linfáticos?																					
g) ¿Diabetes o azúcar en la orine, bocio, problemas o síntomas en la tiroides, glicerina elevada y/o CUALQUIER enfermedad de metabolismo?																					
h) ¿Molestia estomacal, diarreas de larga duración, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastorno de la vesícula o el hígado, hemorroides, hepatitis (detallar que tipo de hepatitis presentó)																					
i) ¿Nefritis o albúmina en orina sangre oculta en la sangre, cálculos en los riñones, vejigas o vías urinarias o CUALQUIER trastorno de los riñones, testículos, próstata o conductos genitourinarios, enfermedades venéreas?																					
j) ¿Electrocardiogramas, exámenes de rayos x, tratamientos de rayos x o de radio? ¿Por qué? (Indique los resultados)																					
k) ¿Según su leal saber o entender padece usted ahora algún menoscabo físico, deformidad o padece alguna enfermedad? ¿Hemofilia o algún trastorno de la coagulación de la sangre, Anemia falciforme, ¿portadora? ¿Ha donado o recibido transfusiones de sangre?																					
l) ¿Ha recibido Ud. exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna Clínica, o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico, o alguna prueba de diagnóstico que no ha llevado a cabo, o ha estado recluido en algún hospital fuera de lo declarado aquí?																					
3. <b>PARA HOMBRES (De 40 años en adelante):</b> Nombres y dirección del urólogo _____ Fecha _____ Resultado de su último chequeo prostático y PSA _____																					
4. ¿Tiene alguna operación programada para dentro de los (2) años? En caso afirmativo. Dé fecha, nombre del cirujano y tipo de operación _____																					
5. ¿Ha fumado alguna vez pipa, cigarrillo o utilizado tabaco en cualquier forma? a) ¿Cuántos cigarrillos o tabaco fuma al día? ¿Desde cuándo? _____ b) ¿Si dejó de fumar o utilizar productos de tabaco, ¿Hace cuánto tiempo? _____																					
6. ¿Ingiere licor? a) ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semipermanente <input type="checkbox"/> Mensualmente b) ¿Cuántos vasos o copas ingiere? _____ c) ¿Consumo o a consumido alguna sustancia alucinógena, psicoactivas, marihuana, heroína, cocaína, anfetaminas o cualquier otra sustancia? d) ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor, drogas o narcóticos? Dé detalles _____																					
7. Se le ha efectuado la prueba del SIDA, ¿Dónde? Y resultados. Dé detalles _____																					
8. <b>PARA MUJERES:</b> Nombre del ginecólogo: _____ a) ¿Está Ud. embarazada? Si es así, fecha probable de parto _____ b) ¿Ha tenido parto? En caso afirmativo: ¿Ha tenido embarazo anormal, aborto, parto prematuro o por cesárea? Detallar: _____ c) ¿Ha tenido ud. o le han informado tener algún tumor o trastorno de las mamas, trompas, ovarios o del útero o CUALQUIER trastorno de los órganos femeninos? d) ¿Se ha realizado frotis cervical (Papanicolaou) si la respuesta es afirmativa, detalle a la fecha y resultado de l mismo; si fue anormal cuál fue el diagnóstico? e) ¿Se ha realizado histerectomía? Indique el motivo de la misma y fecha en que se lo realizó. Adjuntar patología f) ¿Se ha realizado mamografía y ultrasonido de mamas?																					
No. De pregunta	PERSONA	FECHA EXACTA	DETALLES O RAZONES	RESULTADO	NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DE MÉDICO U HOSPITAL																
<b>DETALLE DE HISTORIA FAMILIAR</b>		Escriba en el siguiente cuadro la condición de salud actual de los miembros de su familia (padre, hermanos y abuelos) Detalle su alguno ha sido diagnosticado con: enfermedad del corazón, diabetes melittus, cáncer, tumores de cualquier tipo, enfermedad cardiovascular, HIV positivo, enfermedades de la sangre o cualquier menoscabo de la salud.																			
		PARENTESCO	EDAD SI VIVE	EDAD AL FALLECIMIENTO	CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL Y/O CAUSA DEL FALLECIMIENTO																
Aseg. Propuesto No. 1																					
Aseg. Propuesto No. 1																					
Aseg. Propuesto No. 1																					
Aseg. Propuesto No. 2																					
Aseg. Propuesto No. 2																					
Aseg. Propuesto No. 2																					

**CUESTIONARIO PERSONAL****N°**

1. Tiene licencia de piloto? Si es afirmativo, indique fecha de expedición. ¿Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas?

En caso de ser afirmativo, sírvase completar el cuestionario:

Asegurado propuesto No.1 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

Asegurado propuesto No.2 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

2. ¿Maneja moto?  
 Asegurado propuesto No.1 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

Asegurado propuesto No.2 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

3. ¿Práctica algún deporte? Si es afirmativo, indique cual (es):  
 Asegurado propuesto No.1 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

Asegurado propuesto No.2 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

4. ¿Practica o planea participar en carreras de automóviles, motocicletas, paracaidismo, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? Si es afirmativo completar el formulario especial?  
 Asegurado propuesto No.1 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

Asegurado propuesto No.2 Si  No   
 Detallar \_\_\_\_\_

5. ¿Ha usted participado o está participando o sospecha que inadvertidamente pueda estar participando, ha sido o está siendo investigado individualmente o en asocio con otras personas, en actividades ilícitas o en actividades de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades? Si  No  **Detallar**  
 Asegurado propuesto No.1 \_\_\_\_\_  
 Asegurado propuesto No.2 \_\_\_\_\_

6. ¿Usted o alguno de sus familiares más cercanos desempeña o ha desempeñado funciones públicas de alta jerarquía, destacadas en el país o en el extranjero? (PEP) Si  No  **Detallar**  
 Asegurado propuesto No.1 \_\_\_\_\_  
 Asegurado propuesto No.2 \_\_\_\_\_

7. ¿Ha sido usted o alguno de sus familiares cercanos o amigo(a)s de su círculo íntimo o socio (a)s de negocios o personas con las que mantiene relaciones de negocios, objeto de amenazas (o de intentos) de violencia física o de secuestro? Si  No  **Detallar**  
 Asegurado propuesto No.1 \_\_\_\_\_  
 Asegurado propuesto No.2 \_\_\_\_\_

8. ¿Se le ha rechazado, diferido, modificado, cancelado en trámite o recargado alguna vez el seguro de vida, contra accidente, hospitalización y gastos médicos? En caso de ser afirmativo, indique compañía, fecha y causa. Si  No  **Detallar**  
 Asegurado propuesto No.1 \_\_\_\_\_  
 Asegurado propuesto No.2 \_\_\_\_\_

9. ¿Está pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, contra accidentes o enfermedades en alguna otra compañía? Si  No  **Detallar**  
 Asegurado propuesto No.1 \_\_\_\_\_  
 Asegurado propuesto No.2 \_\_\_\_\_

10. ¿Ultimo médico que visitó, fecha y motivo de la visita? (Nombre, especialidad, clínica teléfono y dirección) Si  No  **Detallar**  
 Asegurado propuesto No.1 \_\_\_\_\_  
 Asegurado propuesto No.2 \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE:**

- Todas las declaraciones contenidas en este formulario, así como también los documentos que se adjuntan a esta solicitud de póliza son veraces, por lo que, en caso de cualquier omisión en la información de mi parte, reconozco y acepto que se declare nula de nulidad absoluta de la póliza que se llegare a emitir producto de esta solicitud, en virtud del artículo 1000 del Código de Comercio.
  - Que toda la información verbal o documental proporcionada al médico examinador de la compañía es veraz, por lo que en caso de cualquier omisión en la información por mi parte reconozco y acepto, que se declare nula de nulidad absoluta la póliza que se llegare a emitir producto de esta solicitud, en virtud del artículo 1000 del código de Comercio.
  - Que no se han ocultado detalles relacionados con el estado de salud del o (los) los propuesto(s) asegurado(s) **CONVENIMOS:** (1) En que la compañía dispondrá de 30 días para considerar y dar curso a la presente solicitud; (2) Que si se emitiere Póliza, esta no entrará en vigor hasta tanto no le haya sido entregada al Contratante mientras se encuentra en vida el( los ) Asegurado(s) y haya sido cubierta la primera prima en virtud de la Ley de Seguros vigente; (3) Que en caso que la compañía emita la póliza en virtud de esta solicitud, las declaraciones y respuestas contenidas aquí y en el formulario de examen médico, así como todos los documentos relacionados para la emisión de esta póliza, forman parte del contrato entre la Compañía y el (los) propuesto(s) asegurado(s); (4) Que en caso que se emita la Póliza en virtud, mis (nuestros) ingresos por mi (nuestros) trabajo o mi (nuestra) participación en negocios me(nos) permitan hacer frente al pago puntual de mis (nuestras) obligaciones crediticias.
  - Que los recursos que poseo provienen de fuentes y actividades lícitas; así mismo, tanto mi actividad profesional u oficio son ejercidas dentro del marco legal del país.
  - En relación con las declaraciones anteriores y especialmente con la prevención que antecede, hago (hacemos) constar que se me (nos) ha notificado que la fecha de nacimiento, las sumas aseguradas en la solicitud, además de los otros datos declarados, se consideran por esta compañía como esenciales y determinantes para la tramitación y aceptación de su solicitud y que el (los) propuestos asegurado(s) se someterá (n) a los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.
- Qué esta solicitud tendrá un periodo de vigencia de noventa (90) días a partir de la fecha en que se firmó la misma. Transcurrido dicho periodo, sin haber recibido de la Compañía noticia por escrito con relación a esta solicitud, la misma se tendrá que dar por declinada retroactivamente a la fecha de la solicitud.

**ORDEN Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

Por este medio nosotros, los suscritos contratantes, solicitantes o propuestos asegurados, ya sea en vida o especialmente después de nuestro fallecimiento, instruimos y autorizamos ( de acuerdo con el artículo 84D de la ley orgánica) a los médicos, enfermeras, clínicas de atención médica y hospitales y laboratorios públicos o privados o de la caja de seguro social y a sus empleados o funcionarios, aseguradoras, instituciones financieras, centrales de acopio de información, agencias de información de datos y a los agentes económicos que mantengan o manejen datos de historial de crédito, patronos empresas u oficinas o instituciones o asociaciones públicas o privadas y funcionarios o empleados de las mismas, nacionales y extranjeras, y a cualquier persona que por cualquier razón la posea, para que suministren y revele y entreguen a MAPFRE PANAMÁ, S.A. durante mi(nuestra) vida y especialmente después de mi (nuestro) fallecimiento a su requerimiento y tantas veces como lo estime necesario sin que se le puede exigir el cumplimiento de otra formalidad que no sea el que lo solicite por escrito en papel simple acompañado de fotocopia de este documento, toda la información y documentación que posea en la presente o que reciban en el futuro sobre: a) el estado de mí nuestra salud y mis nuestros requerimientos de suministros y tratamientos y atenciones médicas y hospitalarias; y b) mi (nuestra) situación financiera o económica; y c) una relación de las experiencias comerciales y personales mantenidas conmigo (con nosotros), para lo que reveló revelamos y liberó (liberamos) a todas zonas de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar y revelar y entregar dicha información y documentación.

También autorizamos al corredor de seguros designado en esta solicitud, para que se le suministre cualquier información sobre mi (nuestro) estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorios, mi (nuestra) situación financiera, para que se le haga y entregue cualquier notificación o comunicación con relación al resultado de la evaluación de esta solicitud de seguro. El Contratante autoriza que cualquier comunicación o notificación que se le tenga que hacer, de acuerdo con los términos y condiciones de la póliza una vez emitida, si es el caso, y/o por disposición de la ley, se le haga y entregue al mencionado corredor de seguros.

"Con mi firma en esta solicitud de seguro, y dando cumplimiento a lo establecido por la ley 24 de 2002 y demás normas normativas aplicable, por este medio consentimos y autorizamos expresamente a MAPFRE PANAMÁ, S.A. Recopile datos que reflejen las transacciones económicas, mercantiles, financieras o crediticias (historial de crédito) que mantenga con dicha empresa; que dichos datos o suministrados por MAPFRE PANAMÁ, S.A., las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha ley y que dichas agencias de información de datos suministran dichos datos a los agentes económicos a que se refiere la misma. Igual manera. Consentimos y autorizamos expresamente MAPFRE PANAMÁ S.A., también acceso a los datos que refleje en las transacciones económicas, mercantiles, financieras o bancarias (historial de crédito) que he mantenido en el pasado, mantengo en la presente o en el futuro con otros agentes económicos, existente en la base de datos de las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha ley o de cualquier otro agente económico como lo define la misma".

"El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, 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, 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, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en [www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa), con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, 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. 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"

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado propuesto N° 1 (Igual a la cédula /Pasaporte)

Firma del Asegurado propuesto N° 2 (Igual a la cédula /Pasaporte)

Cédula: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Firma del contratante / Representante Legal ( Igual a la cédula o Pasaporte)

Cédula: \_\_\_\_\_

Firma del Corredor y nombre legible	Cédula	Código	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gerente de producción

He revisado cuidadosamente todas las declaraciones hechas por el (los) Asegurado(s) propuesto(s) y el corredor y las encuentro completas y verídicas.

**SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA**

**DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (Cotejar)**

Si  No  Para nacionales: Favor incluya copia de su cédula de identidad personal.

Nombre y Apellido del colaborador que lo revisa		
Cargo / Ocupación	Firma:	Fecha:



**Casa Matriz: 378-9800**

ALBROOK - EL DORADO - LOS PUEBLOS - CHORRERA - COLÓN - CHITRÉ - SANTIA GO - DAVID - BAYMALL

Regulada y supervisada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

**REPORTE DEL CORREDOR**

1. Conozco al Prospecto Asegurado No. 1 (Escoja uno)  Bien, por \_\_\_\_\_ años  Casualmente, por \_\_\_\_\_ años  Parentesco \_\_\_\_\_  
 Conocido en el trámite de la venta.

a. Ingresos anuales del Prospectos Asegurados No. 1: B/. \_\_\_\_\_ Año previo B/: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

b. Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_ ¿A qué se dedica la empresa donde trabaja? \_\_\_\_\_

2. Conozco al Prospecto Asegurado No. 2 (Escoja uno)  Bien, por \_\_\_\_\_ años  Casualmente, por \_\_\_\_\_ años  Parentesco \_\_\_\_\_  
 Conocido en el trámite de la venta.

a. Ingresos anuales del Prospectos Asegurados No. 1: B/. \_\_\_\_\_ Año previo B/: \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

b. Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_ ¿A qué se dedica la empresa donde trabaja? \_\_\_\_\_

3. Para las siguientes preguntas respecto al solicitante: usted ha investigado o tiene conocimiento si el solicitante:

Si la respuesta es "SI" detalle en el espacio indicado

	ASEGURADO PROPUESTO No.1		ASEGURADO PROPUESTO No.2	
	SI	NO	SI	NO
a) ¿Es miembro del gobierno, elegido o nombrado, activo en alguna forma de la política local o nacional)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Presenta o ha presentado dificultades domésticas, personales o financieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Sospecha de vínculos con el narcotráfico o lavado de dinero o enriquecimiento de procedencia dudosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada, asaltos; ¿tiene enemistades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Ha sido víctima de amenazas, intento de asesinato o secuestro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Ha estado preso(a) alguna vez por delitos comunes o por política?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Ha presentado infarto al miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Aparecido padece de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Apaga padecido o padece de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Abre sentado algún tipo de tumor benigno o maligno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ¿Padece de diabetes o problemas de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Ha presentado problemas psiquiátricos psicológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ¿Ha sido o es actualmente alcohólico (a) o bebedor habitual, o ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo, droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ¿Conoce o a investigado alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, costumbre, reputación, carácter o motivo de vida que pueda afectar la segura habilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DETALLE PROSPECTO ASEGURADO NO.1 \_\_\_\_\_

DETALLE PROSPECTO ASEGURADO NO.2 \_\_\_\_\_

**Por este medio declaro bajo la gravedad de juramento, en mi calidad de corredor profesional de seguros leal saber y entender la información aquí suministrada por el cliente o contratante es veraz y completa.**

Nombre del corredor \_\_\_\_\_ Firma del corredor \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_ Licencia No. \_\_\_\_\_ En caso de Bocker nombre de la persona encargada y sello del mismo \_\_\_\_\_

**RECIBO PROVISIONAL**

Recibí de \_\_\_\_\_

La suma de \_\_\_\_\_ B/. \_\_\_\_\_, para aplicarse a la primera prima del seguro de vida que he solicitado a la compañía, según formulario del mismo número y fecha de este recibo. La cantidad antes indicada corresponde a la que el solicitante declare haber pagado en la solicitud. Éste recibo está sujeto a los términos y condiciones al reverso del mismo

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del corredor \_\_\_\_\_ Firma del corredor \_\_\_\_\_

Si paga con cheque, favor hacerlo a nombre de **MAPFRE PANAMÁ, S.A.**  
**SÓLO PARA SEGURO DE VIDA**

