



N°

## Solicitud de Seguro de Asistencia Familiar

### Conozca a su Cliente - Persona Natural

#### DATOS GENERALES

Tipo de Cliente: Contratante  Asegurado Principal  Responsable de Pago   
**Favor completar un formulario Conozca a su Cliente adicional para el Contratante cuando este sea distinto al Asegurado Principal.**

Primer nombre (*)	Segundo nombre	Apellido paterno (*)
Apellido materno	Apellido de casada/o	
Fecha de nacimiento (*)	(día) (mes) (año)	Cédula/ Pasaporte (*)
Estado civil (*)	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unido <input type="radio"/>	Sexo (*) F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
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	Ingreso mensual aprox. (*)
Dirección de la empresa	(Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)

Lugar o lugares donde tributa por sus ingresos \_\_\_\_\_  
 En caso de ser diferente a Panamá indicar el(los) número(s) de Identificación tributaria \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_

**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

#### PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00

El total de las primas anuales que usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 (\*) Sí  No   
 Si su respuesta es afirmativa, favor completar también los campos marcados con doble asterisco (\*\*).

#### DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN (\*\*)

DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO 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 (\*)

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				

#### DATOS DE PÓLIZA

#### RELACION DE ASEGURADOS (\*)

No.	Nombre	Sexo (F/M)	Cédula/ Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Prima a pagar Asistencia Familiar	Prima a Pagar Muerte Accidental	Beneficio de Renta para Alimentos y Enseres Opción \$50____ Opción \$100____	Prima Total a pagar de acuerdo a la frecuencia de pago
Aseg. #1								
Dep. #1						N/A	N/A	
Dep. #2						N/A	N/A	
Dep. #3						N/A	N/A	
Dep. #4						N/A	N/A	
							Prima periódica	
							5% de impuesto	B/.
							Total a pagar	B/.

RECIBÍ DE \_\_\_\_\_ LA SUMA DE \_\_\_\_\_ (B/. \_\_\_\_\_), para aplicarla a la PRIMERA PRIMA del seguro de Asistencia Familiar que han solicitado a la compañía, según formulario del mismo número y fecha de este recibo. La cantidad antes indicada corresponde a la que el mismo declara haber pagado en la solicitud. Este recibo está sujeto a los términos y condiciones al reverso del mismo.

Lugar y fecha	Nombre del corredor	Firma	Licencia
			<b>Recibo provisional N°</b>

El beneficio de Renta para Alimentos y Enseres será pagadero a \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_ y parentesco \_\_\_\_\_.

**BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: CINCO MIL BALBOAS (B/5,000.00) (\*)**

Nombre completo	Cédula/ Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Porcentaje (%)

Cualquier beneficio de esta suma que corresponda a un menor de edad se le pagará a \_\_\_\_\_ con cédula/pasaporte \_\_\_\_\_ como contingente a \_\_\_\_\_ con cédula/pasaporte \_\_\_\_\_ quienes han sido instruidos por mi sobre la forma en que deberán disponer de la suma asegurada que recibirán de la Aseguradora.

**DECLARACIÓN JURADA DE INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (en todos los casos) (\*) SOLICITUD NO. \_\_\_\_\_**

Según su leal saber y entender alguno de los asegurados propuestos han informado que han padecido o padecen de las siguientes enfermedades graves preexistentes a la fecha del inicio del seguro, que a continuación le detallamos:

Pregunta	Aseg#1		Dep #1		Dep #2		Dep #3		Dep #4		
Cáncer, tumores, diabetes, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular, SIDA, trastornos del hígado, páncreas, enfermedades cardíacas, leucemia, lupus, trastornos respiratorios, epilepsia, padecimientos psiquiátricos o cualquier otra condición relevante que pudiera afectar la salud de (los) asegurado(s).	Sí	No									
	<input type="radio"/>										

Favor proporcionar detalles para las respuestas afirmativas con respecto a fechas, diagnósticos, tratamientos y médico que le atendió.

Pregunta No.	Nombre de la persona	Condición, lesión, síntoma de mala salud o resultado del examen. Si se practicó una operación, indicar tipo de operación	Fecha ocurrido (dd/mm/aaaa)	Médico tratante y hospital

**FORMA DE PAGO (\*)**

Datos de cobro	Desc. Bancario <input type="radio"/>	Tarjeta de Crédito <input type="radio"/>	DS 11 meses <input type="radio"/>	Voluntario (solo para pagos anuales o semestrales) <input type="radio"/>		
Frecuencia de pago	Anual <input type="radio"/>	Semestral <input type="radio"/>	Trimestral <input type="radio"/>	Cuatrimestral <input type="radio"/>	Bimestral <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/>

El asegurado y/o contratante declara haber contestado conforme a la verdad las preguntas precedentes las cuales reconoce como suyas, así como tiene conocimiento de las condiciones de la póliza que ha de ser emitida de acuerdo a la presente solicitud la cual forma parte integral de la misma y servirá de base a MAPFRE PANAMÁ, para el cobro de la prima correspondiente. Acepta que las declaraciones formuladas en esta solicitud de seguro son verídicas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna y autoriza a MAPFRE PANAMA, para requerir cualquier información a médicos, clínicas u hospitales, relacionadas con el estado de salud del asegurado principal y demás personas aseguradas, eximiendo a tales entes del secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

"Con mi firma en esta solicitud de seguro, y dando cumplimiento a lo establecido por la Ley 24 de 2002 y demás normativa aplicable, por este medio consentimos y autorizamos expresamente a que 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 sean transmitidos o suministrados por MAPFRE PANAMÁ, S.A. a las agencias de información de datos autorizadas para operar de acuerdo con dicha Ley y que dichas agencias de información de datos suministren dichos datos a los agentes económicos a que se refiere la misma. De igual manera, consentimos y autorizamos expresamente a que MAPFRE PANAMÁ, S.A. tenga acceso a los datos que reflejen las transacciones económicas, mercantiles, financieras o bancarias (Historial de Crédito) que he mantenido en el pasado, mantengo en el presente o en el futuro con otros agentes económicos, existente en las bases 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."

<b>DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PERSONAL (cotejar) (*):</b>			
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		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.	
Firma del Contratante (*)		Fecha (*)	
Firma del Asegurado Principal (*)		Fecha (*)	
Firma de dependientes mayores de edad (*)		Fecha (*)	
<b>DATOS DEL CORREDOR</b>			
Nombre o razón social (*)		Nº Licencia (*)	
Firma del Corredor (*)		Fecha (*)	
<b>SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA</b>			
Nombre y apellido del colaborador que revisa (*)			
Cargo/ Ocupación (*)		Firma (*)	Fecha (*)

(\*) Campos obligatorios.

(\*\*) Campos requeridos para pólizas con prima anual igual o mayor a B/. 10,000.00 y personas políticamente expuestas.

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