Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este
Edificio P.H.– GMT-P.B.
Panamá, c udad de Panamá
Apartado Postal 0816-03629
Teléfonos: (507) 378 3900 Fax: (507) 378 9888
R.U.C.: 597 46-103707 D.V.:98
MAPFRE | PANAMÁ S.A.
www.mapfre.com.pa

MAPFRE | PANAMA

Solicitud de Seguro de Vida

Conozca a su Cliente - Persona Natural

Nº

Yo (nosotros) por este medio solicito (solicitamos) un seguro de vida, por lo que declaro (declaramos) bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

DATOS GENERALES

Tipo de Cliente: Contratante ☐ Asegurado ☐ No.

Favor completar un formulario de Conozca a su Cliente adicional: (a). para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b). Por cada Asegurado Adicional mayor de edad

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido Paterno	
Apell do Materno			Apellido de Casada/o		
Fecha de Nacimiento		Edad	Cédula / Pasaporte		
Estado Civil			Sexo	F ☐ M ☐	
Nacionalidad			País de Residencia		
País de Nacimiento			Reside en Pmá. desde		
Apartado Postal			Correo Electrónico		
Teléfono Residencial			Teléfono Celular		
Dirección Residencial	Provincia	Distrito	Correg miento	Barriada	Cal e	Casa/Edif c o

DATOS OCUPACIONALES

Profesión		Ocupación		
Nombre de la Empresa		Tipo de Contrato Laboral		
Puesto Actual		Ingreso Mensual	Anualizado	
Teléfono de Oficina		Detallar Otros Ingresos		
Apartado Postal		Correo Electrónico		
Dirección de Oficina	Provincia	Distrito	Correg miento	Barriada	Cal e	Casa/Edific o

Tiene obligac ones fiscales con un país que no sea Panamá? SI ☐ No ☐ En caso afirmat vo detalle el(os) País(es)

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

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 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? Si ☐ No ☐ Relación/Cargo

Desde Hasta: Para familiar o estrecho colaborador del PEP:

Cédula/Pasaporte:

DECLARACIÓN

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

POLIZAS 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 Si ☐ No ☐

DECLARACION DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCION

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 Soc al	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de Contacto
1			
2			
3			

PRIMAS Y PAGADOR

Plan | Opción A ☐ B ☐ C ☐ GASAF ☐

Datos de Cobro: ☐ D. Banco ☐ T. Crédito ☐ DS 11M ☐ Voluntario **Frecuencia de Pago** ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Cuatrimestral ☐ Bimestral ☐ Mensual

Prima Periódica:	Prima Periódica pagada con solicitud:	Valor de traspaso:
Prima Extraordinaria pagada con solicitud:	Prima Extraordinaria/Depósito:	

Enviese toda correspondencia a: ☐ Asegurado ☐ Contratante ☐ Patrono ☐ Residencia
Enviese los cobros a: ☐ Asegurado ☐ Contratante ☐ Patrono ☐ Residencia

Pagador:_____ Relación: _____ Dirección: _____

Céd. / Pas. o RUC _____ Ingreso: _____ _____

Teléfono:_____ Cel.: _____ Fax: _____ E-mail:_____

BENEFICIOS

(Marcar Opción Escogida)	✓	Asegurado Propuesto No.1		Asegurado Propuesto No.2
Suma Asegurada de Vida		B/.		B/.
Suma Asegurada de Vida Adicional				
Incapacidad Total y Permanente - Exoneración de pago de primas				
Incapacidad Total y Permanente - Renta Temporal mensual				
Seguro Contra Accidentes ☐ Incluye Lesiones Corporales				
Asistencia Familiar				
Reembolso de Primas al Fallecimiento				
Reembolso de Primas (%) Indicar Porcentaje		**Datos de Banco y monto de cesión:**		
Beneficio Complemetario de Rescate (BCR)				
A falta de pago de prima autorizo descuento automático, si hay fondos, para pagar primas de esta póliza				

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA (si es a 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 Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombre y Apellidos Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

De ser menor de edad el beneficio se entregará a: _____ Parentesco _____ Céd. / Pas. _____

y como Contigente: _____ Parentesco _____ Céd. / Pas. _____

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

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA (si es a 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 Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombre y Apellidos Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

De ser menor de edad el beneficio se entregará a: _____ Parentesco _____ Céd. / Pas. _____

y como Contigente: _____ Parentesco _____ Céd. / Pas. _____

quien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deberá disponer a favor del menor 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:

COMPAÑÍA	AÑO EMISIÓN	SUMA ASEGURADA	MUERTE ACCIDENTAL	ASEG. PROPUESTO No.1	ASEG. PROPUESTO No.2	INDICAR SI ES REEMPLAZO

COMPLETAR CUESTIONARIO AUNQUE SE REALICE EXAMEN MÉDICO

Declaraciones que el (los) Asegurado(s) hace(n) y forma parte de la solicitud presentada a MAPFRE | PAMANA, S.A.

Nº

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 repuestas afirmativas) Dar detalles con respecto a fechas, diagnóticos, gravedad, síntomas, resultados, nombre y dirección de los médicos tratantes en la parte inferior de la página.	ASEGURADO No. 1		ASEGURADO No. 2	
	Estatura Mts. ○ Pies ○		Estatura Mts. ○ Pies ○	
1. ¿Tiene Ud. algún menoscabo de la vista u oído? Sí ☐ No ☐	Peso Kgs. ○ Lbs. ○		Peso Kgs. ○ Lbs. ○	
2. ¿Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (Subraye la frase pendiente).	Sí	No	Sí	No
a. ¿Presión arterial elevada, soplos, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, angina, ataque del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedades vasculares?	☐	☐	☐	☐
b. ¿Cáncer, leucemia, tumor, quiste, crecimiento de CUALQUIER clase de células basales, células escamosas, melanoma, próstata o conductos geniturinarios, mamas, colon?	☐	☐	☐	☐
c. ¿Pleuresía, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fiebre de heno o CUALQUIER trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño?	☐	☐	☐	☐
d. ¿Ataque o trastorno cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o CUALQUIER trastorno mental o nervioso, enfermedad de Altzheimer, esclerósis múltiple, enfermedad de Parkinson?	☐	☐	☐	☐
e. ¿Fiebre reumática, 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?	☐	☐	☐	☐
f. ¿Diabetes o azúcar en orina, bocio, problemas o síntomas en la tiroides, glicemia elevada y/o CUALQUIER enfermedad de Metabolismo?	☐	☐	☐	☐
g. ¿Molestía estomacal, diarreas de larga duración, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastorno de vesícula o el hígado, hemorroides, hepatitis, (detallar que tipo de hepatitis presentó), colitis, ileitis ulcerativa, diverticulosis, polipos y/o cualquier otra molestia intestinal.	☐	☐	☐	☐
h. ¿Nefritis o albúmina en orina, sangre oculta en orina, cálculos de los riñones, vejigas o vías urinarias o CUALQUIER trastomo de los riñones, testículos, próstata o conductos genitourinarios, enfermedades venéreas?	☐	☐	☐	☐
i. ¿Electrocardiogramas, exámenes de rayos x, tratamientos de rayos X o de radio? ¿Por qué? (Indique los resultados).	☐	☐	☐	☐
j. ¿Según su leal saber o entender padece Ud. 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?	☐	☐	☐	☐
k. ¿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 recluído en algún hospital fuera de lo declarado aquí?	☐	☐	☐	☐
3. PARA HOMBRES (De 40 años en adelante): Nombre y dirección del urólogo _____ Fecha _____ Resultado de su último chequeo prostático y PSA _____				
4. ¿Tiene alguna operación programada para dentro de los próximos dos (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). ¿Cuantos cigarrillos o productos de tabaco fuma o utiliza al día? Desde Cuando: _____	_____		_____	
b). Si dejó de fumar o utilizar productos de tabaco, ¿hace cuanto tiempo?	_____		_____	
6. ¿Ingiere licor?	☐	☐	☐	☐
a. ¿Con qué frecuencia? Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐				
b. ¿Cuantos vasos o copas ingiere?	_____		_____	
c. ¿Consume o ha consumido alguna sustancias alucinógena, psicoactivas, marihuana, heroína, cocaína, anfetaminas o cualquier otra sustancia?	☐	☐	☐	☐
d. ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor, drogas o narcóticos? De Detalles	☐	☐	☐	☐
7. Se le ha efectuado la prueba del SIDA, ¿Dónde? y resultados. De Detalles	☐	☐	☐	☐
8. PARA MUJERES: (Nombre del Ginecólogo_____)				
a. ¿Está Ud. embarazada? Si es así, Fecha probable de parto_____)	☐	☐	☐	☐
b. ¿Ha tenido parto? En caso afirmativo: ha tenido algún 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 (Papanicolauo) si la respuesta es afirmativa, detalle la fecha y resultado del mismo; si fue anormal cual fue el diagnóstico?	☐	☐	☐	☐
e ¿Se le 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.	☐	☐	☐	☐

PREGUNTA NÚMERO	PERSONA	FECHA EXACTA	DETALLES O RAZONES	RESULTADO	NOMBRE COMPLETO Y DIRECCION DEL MÉDICO U HOSPITAL

DETALLE DE HISTORIA FAMILIAR: Escriba en el cuadro siguiente la condición de salud actual de los miembros de su familia (padre, hermanos y abuelos). Detalle si alguno ha sido diagnosticado con: enfermedad del corazón, diabetes melitus, cancer, tumores de cualquier tipo, enfermedad cardiovascular, HIV positivo, enfermedades de la sangre o cualquier menoscabo de la salud.
Si alguno de sus familiares a fallecido indicar la causa y edad al fallecimiento.

	PARENTESCO	EDAD SI VIVE	EDAD AL FALLECIMIENTO	CONDICION DE SALUD ACTUAL Y / O CAUSA DEL FALLECIMIENTO
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 2				
Aseg. Propuesto No. 2				
Aseg. Propuesto No. 2				
Aseg. Propuesto No. 2				

CUESTIONARIO PERSONAL

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 afirmativo, sírvase completar el cuestionario:
   Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐ Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ No ☐
2. ¿Maneja Moto? Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐ Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ No ☐
   Detallar: _____ Detallar: _____
3. ¿Práctica algún deporte? Si es afirmativo indique cual (es): Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐ Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ No ☐
   Detallar: _____ Detallar: _____

4. ¿Participa o planea participar en carreras de automóviles, motocicletas, paracaidismo, buceo, o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? Si es afirmativo completar el formulario especial.
Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐ Detallar: _____ Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☐ **DETALLAR**

Aseg. Propuesto No. 1
Aseg. 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) ☐ SÍ ☐ NO **DETALLAR**
.Aseg. Propuesto No. 1
.Aseg. 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? ☐ SÍ ☐ NO **DETALLAR**
.Aseg. Propuesto No. 1
.Aseg. Propuesto No. 2

8. ¿Se le ha rechazado, diferido, modificado, cancelado en trámite o recargado alguna vez el seguro de vida, contra accidentes, hospitalización y gastos médicos? ☐ SÍ ☐ NO **DETALLAR** En caso afirmativo, indique compañía, fecha y causa
.Aseg. Propuesto No. 1
.Aseg. Propuesto No. 2

9. ¿Está pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, contra accidentes o enfermedades en alguna otra compañía? ☐ SÍ ☐ NO **DETALLAR** En caso afirmativo, dé detalles
.Aseg. Propuesto No. 1
.Aseg. Propuesto No. 2

10. ¿Ultimo médico que visitó, fecha y motivo de la visita? (nombre, especialidad, clínica, teléfono y dirección)
.Aseg. Propuesto No. 1
.Aseg. Propuesto No. 2

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE:

1. 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 la póliza que se llegare a emitir producto de esta solicitud, en virtud del artículo 1000 del Código de Comercio.
2. 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.
3. Que no se han ocultado detalles relacionados con el estado de salud del o (los) propuesto(s) asegurado(s) CONVENIMOS: (1) En que la compañía dispondrá de treinta (30) días para considerar y dar curso a la presente solicitud; (2) Que si se emitiere Póliza, ésta no entrará en vigor hasta tanto no le haya sido entregada al Contratante mientras se encuentre 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 del 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) permiten hacer frente al pago puntual de mis (nuestras) obligaciones crediticias.
4. Que los recursos que poseo provienen de fuentes y actividades lícitas; así mismo, tanto mi actividad, profesión u oficio son ejercidas dentro del marco legal del país.
5. 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) propuesto(s) asegurado(s) se someterá(n) a los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.
   Que esta solicitud tendrá un período 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 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 y 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 revelen y entreguen a MAPFRE PANAMÁ, S.A., durante mi (nuestras) vida(s) y especialmente después de mi (nuestro) fallecimiento, a su requerimiento y tantas veces como lo estime necesario sin que se le pueda 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 posean en el presente o que reciban en el futuro sobre: a) el estado de mi (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 relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar y revelar y entregar dicha información y documentación.

El suministro de la información arriba mencionada es esencial para que **MAPFRE PANAMÁ, S.A.** pueda hacer una justa de valoración de la solicitud de seguro y de cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida la póliza.

También autorizamos al corredor de seguros designado en esta solicitud, para que se le suministre cualquier información sobre mí (nuestro) estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorio(s), mí (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 seguro.

"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."

Fechado en_____ el_____ de_____ de_____

_____
Firma del Asegurado Propuesto No. 1 (Igual a la Cédula/Pas.)
Cédula: _____

_____
Firma del Asegurado Propuesto No. 2 (Igual a la Cédula/Pas.)
Cédula: _____

_____
Firma del Contratante / Representante Legal (Igual a la Cédula/Pas.)
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.
Para Extranjeros: Favor incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país

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

Nº

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 Prospecto Asegurado 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 Prospecto Asegurado No. 2: 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 conocimientos si el solicitante:
Si la respuesta es "Sí" de detalles en el espacio indicado

	ASEG. PROPUESTO No. 1		ASEG. PROPUESTO No. 2	
	SÍ	NO	SÍ	NO
(a) ¿Es miembro del gobierno, elegido o nombrado, activo en alguna forma en la política local o nacional?	☐	☐	☐	☐
(b) ¿Presenta o ha presentado dificultades domésticas, personales o financieras?	☐	☐	☐	☐
(c) ¿Sospecha de vínculos con el narcotráfico o lavado de dinero, o enriquecimiento de procedencia dudosa?	☐	☐	☐	☐
(d) ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada, asaltos; tiene enemistades?	☐	☐	☐	☐
(e) ¿Ha sido víctima de amenazas, intentos de asesinato o secuestro?	☐	☐	☐	☐
(f) ¿Ha estado preso(a) alguna vez por delitos comunes o por política?	☐	☐	☐	☐
(g) ¿Ha presentado infarto al miocardio?	☐	☐	☐	☐
(h) ¿Ha padecido o padece de Asma?	☐	☐	☐	☐
(i) ¿Ha padecido o padece de Cáncer?	☐	☐	☐	☐
(j) ¿Ha presentado algún tipo de tumor benigno o maligno?	☐	☐	☐	☐
(k) ¿Padece de Diabetes o problemas de azúcar en la sangre?	☐	☐	☐	☐
(l) ¿Ha presentado problemas psiquiátricos o psicológicos?	☐	☐	☐	☐
(m) ¿Ha sido o es actualmente alcohólico(a) o bebedor habitual, o ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo, droga?	☐	☐	☐	☐
(n) ¿Conoce o ha investigado alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, constumbre, reputación, carácter o modo de vida que pueda afectar la asegurabilidad?	☐	☐	☐	☐

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 que a mi leal saber y entender la información aquí suministrada por el cliente o contratante es veraz y completa.

Nombre del Corredor: _____ Firma de Corredor _____

Cedula: _____ Licencia No.: _____ En caso de bróker nombre de la persona encargada y sello del mismo: _____

RECIBO PROVISIONAL

Nº

Recibí de _____

la suma de _____ (B/. _____), para aplicarse a la PRIMERA PRIMA del seguro de vida que ha 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.
Este 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.**)

SOLO PARA SEGURO DE VIDA

MAPFRE | PANAMÁ

SOLICITUD de INCENDIO y/o MAPFRE HOGAR

CARACTERÍSTICAS GENERALES (Aplica sólo para planes Vida que contengan las coberturas que a continuación se mencionan)

Dirección del Riesgo						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Tipo de empresa/ocupación						
Vigencia	Desde: (día)	(mes)	(año)	Hasta: (día)	(mes)	(año)
Coberturas	☐ INCENDIO - Edificio: Incendio y Rayo, Remoción de Escombros, Explosión, Impacto de vehículo, Vendaval, Inundación, Daños por Agua o por desbordamiento del mar, Terremoto. ☐ MAPFRE HOGAR - Contenido (Enseres)					
Acreedor Hipotecario						

CARACTERÍSTICAS DEL BIEN ASEGURAR

☐ INCENDIO - Edificio

Suma Asegurada:		Tasa:	
Descripción de la estructura:			
Edificio:	N° de pisos:	Finca:	Tomo:	Folio:
Tipo de contrucción	Paredes de:	Piso de:	Techo de:

☐ MAPFRE HOGAR - Contenido

Suma Asegurada:		Tasa:	
Descripción del contenido:			

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ☐ Verjas de hierro en ventanas
- ☐ Verjas de hierro en puertas
- ☐ Puerta(s) de seguridad en los accesos
- ☐ Portero eléctrico
- ☐ Alarma contra robo
- ☐ Garita de seguridad
- ☐ Perímetro cercado
- ☐ Guardia de seguridad / celador
- ☐ Otros (describa) _____

Observaciones

- Los datos de esta solicitud son válidos para la emisión de la(s) póliza(s) Individual(es) de INCENDIO y/o MAPFRE HOGAR.
- **Esta solicitud solo aplica para aquellos corredores con licencias vigentes aprobadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.**

TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

La Compañía no asume responsabilidad alguna mientras no haya emitido una póliza por el seguro en que solicita en el formulario al que corresponde este recibo y dicha póliza haya sido entregada estando el asegurado en vida.
Si la Compañía rechaza o declina la solicitud, o la emite bajo condiciones que no sean aceptables por el solicitante, la suma indicada en este recibo le será devuelta a aquél contra entrega del mismo a la Compañía.
Si dentro de los quince días siguientes a la fecha en que firmó la solicitud no se recibiere ningún aviso de la Compañía en la relación a la misma, el solicitante debe dirigirse por escrito suministrando los datos correspondientes a este recibo.
Si algún cheque, giro u otra obligación se da en pago de esta primera prima, este recibo será nulo y sin efecto si tal cheque, giro u obligación no fuere pagado a su presentación; en consecuencia si se hubiere emitido póliza de seguro de vida en base a este recibo, ésta también será nula sin efecto.