


**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**

 Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
 Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

**Solicitud de Seguro Accidentes Personales  
Milenium Familiar**

 LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN  
 COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 1/7

Póliza No.: \_\_\_\_\_ Contratante: \_\_\_\_\_ (en caso de Colectivos vigentes)

**I. DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Apellido de Casada: \_\_\_\_\_

 Tipo de Documento:  Cédula  Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino  Zurdo: Sí  No 

 Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Unido  Viudo  Otro: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ libras Estatura \_\_\_\_\_ mts. Ingreso Anual Aprox.: \_\_\_\_\_

Deportes o actividades recreativas que practica: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Actividad económica de la empresa: \_\_\_\_\_

E-mail personal: \_\_\_\_\_ E-mail Oficina: \_\_\_\_\_

País(es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Apto. y/o Casa: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Dirección Laboral**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Oficina No. \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

**II. DATOS DE LOS DEPENDIENTES QUE APLICAN PARA EL SEGURO**

Parentesco	Nombre de los dependientes que ingresan en la póliza	Fecha de Nacimiento			Género	Cédula / Pasaporte	Edad	Estatura		Peso	
		Día	Mes	Año				<input type="checkbox"/> mts. <input type="checkbox"/> pulg.	<input type="checkbox"/> lbs. <input type="checkbox"/> kgs.		
Cónyuge											
Hijo/a											
Hijo/a											
Hijo/a											
Hijo/a											

**III. DATOS DEL CONYUGE (solo si aplica para el seguro)**

 País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Zurdo: Sí  No  Ingreso Anual Aprox.: \_\_\_\_\_

Deportes o actividades recreativas que practica: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

**Solicitud de Seguro Accidentes Personales  
Milenium Familiar**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN  
COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 2/7

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Actividad económica de la empresa: \_\_\_\_\_

E-mail personal: \_\_\_\_\_ E-mail Oficina: \_\_\_\_\_

País(es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Dirección Laboral**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Oficina No. \_\_\_\_\_ Tel. de Oficina: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE (Si es diferente al Prospecto Asegurado)**

**PERSONA JURÍDICA**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Nombre Comercial: \_\_\_\_\_

R.U.C. y Dígito Verificador: \_\_\_\_\_

**PERSONA NATURAL**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento:  Cédula  Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dd mm aa

País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Aprox.: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. de Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail personal: \_\_\_\_\_ E-mail Oficina: \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Apto. y/o Casa: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

**PERSONA NATURAL Y JURÍDICA**

**Dirección Laboral o de Oficina:**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Oficina No. \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

Actividad económica de la empresa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

País(es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

¿Es el Contratante el responsable de pago? Sí  No



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

**Solicitud de Seguro Accidentes Personales  
Milenium Familiar**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN  
COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 3/7

**V. DATOS GENERALES DEL RESPONSABLE DE PAGO (Si es diferente al Prospecto Asegurado y/o Contratante)**

**PERSONA JURÍDICA**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Nombre Comercial: \_\_\_\_\_

R.U.C. y Dígito Verificador: \_\_\_\_\_

**PERSONA NATURAL**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento:  Cédula  Pasaporte No.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
dd mm aa

País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Aprox.: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Tel. de Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_

E-mail personal: \_\_\_\_\_ E-mail Oficina: \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Apto. y/o Casa: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

**PERSONA NATURAL Y JURÍDICA**

**Dirección Laboral o de Oficina:**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Oficina No. \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

Actividad económica de la empresa: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

País(es) donde tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_



**VI. COBERTURAS**

Seleccione la cobertura deseada con un ✓

Vigencia: Desde: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hasta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

COBERTURAS	✓	SUMA ASEGURADA	PRIMA
Cobertura Básica		B/.	B/.
<b>Beneficios Adicionales</b>			
Gastos Médicos por Accidentes		B/.	B/.
Incapacidad Temporal - Deducible 5 días		B/.	B/.
Doble Indemnización por ITP y Desmembramiento		B/.	B/.
Renta Diaria por Hospitalización - Deducible 1 día		B/.	B/.
Ingreso Personal por Incapacidad - Deducible 30 días		B/.	B/.
Incapacidad Permanente y Absoluta		B/.	B/.
Otras: Favor detallar		B/.	B/.
		Prima Bruta Total	B/.
		Recargo / Descuento	B/.
		Impuesto - 5%	B/.
		<b>PRIMA NETA TOTAL</b>	B/.

**VII. CUESTIONARIO MÉDICO**

Estas preguntas están dirigidas al Solicitante Principal y sus Dependientes. Estas declaraciones son importantes ya que formarán parte de su contrato. Contesté SÍ o NO y cuando haya contestado SI, por favor subraye la enfermedad padecida. A su leal saber y entender, alguna de las personas incluidas en esta solicitud han tenido alguna vez o se les ha informado haber tenido o han sido tratados o sufrido alguna vez de:

	Solic.	Cony.	Hijos		Solic.	Cony.	Hijos		Solic.	Cony.	Hijos
1- Anemia	___	___	___	9- Tumores malignos	___	___	___	18- Riñón o Hígado	___	___	___
2- Aneurisma	___	___	___	10- Lupus Eritematoso	___	___	___	19- Sida	___	___	___
3- Angina de pecho	___	___	___	11- Enfermedad del Cerebro	___	___	___	20- Hipertensión	___	___	___
4- Apoplejia	___	___	___	12- Enfermedad del Corazón	___	___	___	21- Ceguera Total o Parcial	___	___	___
5- Arteriosclerosis	___	___	___	13- Enfermedad de la Espina Dorsal	___	___	___	22- Sordera Total o Parcial	___	___	___
6- Ataques / Convulsiones o Desmayos	___	___	___	14- Epilepsia	___	___	___	23- Vértigo	___	___	___
7- Diabetes	___	___	___	15- Esclerosis Múltiple	___	___	___	24- Glaucoma	___	___	___
8- Cáncer	___	___	___	16- Columna Vertebral	___	___	___	25- Parálisis	___	___	___
				17- Artritis o Reumatismo	___	___	___				

- SÍ NO**
- 26- ¿Ha presentado usted o sus dependientes alguna solicitud de accidente, enfermedad, incapacidad, hospitalización o vida cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada?
- 27- ¿Ha tenido usted o sus dependientes algún seguro de accidentes al que se le hayan agregado limitaciones, exclusiones o que haya tenido aumento de tasa de prima, haya sido cancelado o cuya renovación haya sido denegada?
- 28- ¿Ha estado usted o sus dependientes bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico o ha estado ingresado en algún hospital durante los últimos cinco años?
- 29- A su leal saber y entender, ¿cuenta usted o alguno de sus dependientes con mala salud, impedimento o deformidad física?



# Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

## Solicitud de Seguro Accidentes Personales Milenium Familiar

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN  
COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 5/7

Si contestó **SÍ** a alguna de las preguntas anteriores, favor indicar número de pregunta y suministrar la siguiente información:

No.	SOLICITANTE	DIAGNÓSTICO	FECHA ÚLTIMA ATENCIÓN	HOSPITAL Y MÉDICO TRATANTE	CONDICIÓN ACTUAL

¿Cuántas horas vuela usted o alguno de sus dependientes en avión al año como promedio? \_\_\_\_\_

¿En aviones comerciales? \_\_\_\_\_ ¿En aviones particulares? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o alguno de sus dependientes proyectado algún viaje fuera del país donde usted reside o se propone acometer alguna actividad azarosa? En caso afirmativo dar detalles completos: \_\_\_\_\_

### VIII. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)	CÉDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN

BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(ES)	CÉDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN

ADMINISTRADOR DEL(LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO QUE FUESE(N) MENOR(ES) DE EDAD	CÉDULA	PARENTESCO	PARENTESCO CON EL(LOS) BENEFICIARIO(S)



**IX. MEDIO Y FRECUENCIA DE PAGO DE PRIMA**

**MEDIO DE PAGO**

- Voluntario (Favor verificar si aplica según política de pago vigente)
- Descuento bancario ACH (Favor adjuntar formulario)
- Descuento de Salario (Favor adjuntar formulario de descuento salarial)
- Tarjeta de Crédito

**FRECUENCIA DE PAGO**

- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Mensual

**SEGÚN FRECUENCIA DE PAGO**

Prima: \_\_\_\_\_  
 Impuesto: \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO:** Adjuntar fotocopia de cédula.

Por este medio autorizo al Banco \_\_\_\_\_ a acreditar a ustedes de mi Tarjeta de Crédito No. \_\_\_\_\_ la suma de B/. \_\_\_\_\_

Tipo:  Visa  Master Card  Amex Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A partir del: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ el asegurado se compromete a mantener los fondos disponibles.

Acepto que de variar la prima se ajustará el descuento. Esta autorización permanecerá vigente y sólo podrá ser cancelada por mí mediante notificación escrita a Cía. Internacional de Seguros, S.A., la cual se hará efectiva una vez la Cía. Internacional de Seguros, S.A. haya recibido la nueva forma de pago de conducto automático. De igual forma notificaré el cambio de vencimiento de la tarjeta con quince (15) días de anticipación en cada renovación de la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tarjetahabiente

\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
Fecha

**X. PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS (P.E.P.)**

Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, Jefes de Estado de un Gobierno, político de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

¿Es el Prospecto Asegurado una persona políticamente expuesta? Sí  No  ¿El total de primas anuales que paga el Prospecto Asegurado son iguales o superan los B/.10,000.00? Sí  No

Cargo actual o anterior: \_\_\_\_\_

¿Es el Contratante una persona políticamente expuesta? Sí  No  ¿El total de primas anuales que paga el Contratante son iguales o superan los B/.10,000.00? Sí  No

Cargo actual o anterior: \_\_\_\_\_

¿Es el Responsable de Pago una persona políticamente expuesta? Sí  No  ¿El total de primas anuales que paga el Resp. de Pago son iguales o superan los B/.10,000.00? Sí  No

Cargo actual o anterior: \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es afirmativa para el Prospecto Asegurado, Contratante o Responsable de Pago, adjuntar Formulario Único de sujeto regulado que aplique.**

**DECLARACION:** Solicito este seguro habiendo tomado conocimiento de las Condiciones Generales de la póliza con las cuales me declaro conforme y conciente de que la póliza no entra en vigor hasta tanto no se haya emitido la misma y realizado el pago total o primer pago fraccionado. Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente según mi leal saber y entender y que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiere hecho desistir del contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas.

**CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION:** En pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, de la Ley No. 40 de 14 de agosto de 2018 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable por la presente, a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos para el seguro, sea en República de Panamá o en el extranjero, a dar dicha información a la Cía. Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocermme en lo sucesivo, a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento, sin consecuencias para estos ni para la aseguradora a quienes desde la firma de esta solicitud relevo de toda responsabilidad por el hecho de haber suministrado o recabado la información que las anteriores personas y entidades suministren. Adicionalmente autorizo al corredor designado en mi póliza o al Contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que consideren conveniente para la evaluación del caso.



# Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

## Solicitud de Seguro Accidentes Personales Milenium Familiar

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN  
COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 7/7

FIRMA DEL PROSPECTO ASEGURADO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aa

FIRMA DEL CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aa

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PAGO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aa

**Adjuntar copia de cédula del Prospecto Asegurado, Contratante y Pagador.**

**INFORMACIÓN DEL CORREDOR DE SEGUROS:** Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido constestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

1. ¿Conoce usted al Prospecto Asegurado? Sí  No  Tiempo \_\_\_\_\_

2. ¿Le consta que su cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí  No

3. ¿Conoce algún hecho o contradicción en las respuestas del Prospecto Asegurado? Sí  No

De ser afirmativo, favor detallar: \_\_\_\_\_

4. ¿Se le han rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez algún seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud al Prospecto Asegurado? Sí  No

De ser afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

CORREDOR DE SEGUROS: \_\_\_\_\_ LICENCIA No.: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CORREDOR DE SEGUROS: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### PARA USO DE LA ASEGURADORA

#### EVALUACIÓN:

Aprobado  Declinado

Recargo  Porcentaje (%): \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Exclusiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### APROBACIÓN JEFE:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_