



Solicitud No. _____

Agente(s): _____ Supervisor: _____ CAIS: _____

ASEGURADO_____
Primer Apellido_____
Segundo Apellido_____
Apellido de Casada_____
Primer Nombre_____
Segundo Nombre_____
Nombre Usual

Cédula / Pasaporte: _____ - _____ - _____ DV: _____ Sexo: M _____ F _____ Fec. De Nac.: ____ / ____ / ____

CONTRATANTE (Si es diferente al asegurado propuesto)

Nombre _____ Cédula o RUC _____

Dirección: _____ Apdo. _____ Zona _____ Ciudad _____

Relación con el asegurado: _____ Teléfono _____ Fax _____

Posee alguno de los accionistas, directores o dignatarios de la sociedad contratante, alguna nacionalidad, ciudadanía, residencia,

green card (o equivalente), distinta a la panameña? SI _____ NO _____ Especifique: _____

(Si su respuesta fue si, debe completar el formulario FATCA)**DATOS DEL ASEGURADO**

Extranjero: SI _____ NO _____ País de Origen: _____, Posee actualmente, tiene derecho a obtener o se encuentra en trámite para optar por alguna otra nacionalidad, ciudadanía, residencia, green card (o equivalente)? SI _____ NO _____

De qué país (es): _____ **(Si su respuesta fue si, debe completar el formulario FATCA)**

Zurdo? (S/N) _____ Estado Civil: _____ Casado _____ Divorciado _____ Soltero _____ Separado _____ Unido _____ Viudo _____ otro: _____

Ocupación: _____ Empresa donde trabaja: _____

Detalle de Ocupación: _____ Tiempo en Ocupación Actual: _____

Ocupación Anterior: _____ Detalle: _____ Tiempo en Ocupación anterior: _____

Otras Ocupaciones: _____ Detalle: _____

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: _____ Ingreso Anual - Otras Ocupaciones B/.: _____

Dirección Residencial:

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización _____ Calle: _____

Edificio: _____ Apto.No: _____ Casa No: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección de Oficina:

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización _____ Calle: _____

Edificio: _____ Apto.No: _____ Casa No: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

¿Qué Compañía (s):1. ¿Le han ofrecido seguro de vida o accidentes diferentes en sus condiciones, suma o prima, a la solicitada por usted ? SI NO 2. ¿Se le ha rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez el seguro de vida, contra accidentes y enfermedades o la rehabilitación de alguna póliza? SI NO 3. ¿Esta pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, contra accidentes o enfermedades en alguna otra compañía? SI NO 4. ¿Ud. Ha recibido beneficios o reclamado indemnización o renta por algún accidente o enfermedades en alguna otra compañía? SI NO 5. ¿Ha usted participado o está participando o sospecha que inadvertidamente puede estar participando individualmente o asocio con otras personas, en actividades ilícitas o en actividades de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades? SI NO 6. ¿Es usted una persona políticamente expuesta? SI NO 7. ¿El total de primas anuales que usted paga entre todas las Compañías de Seguros, son iguales o superan los B/.10,000.00? SI NO 8. ¿Ha estado por más de 183 días en los Estado Unidos u otro país, en los últimos tres años? SI NO 9. ¿Ha usted solicitado órdenes de pago desde o hacia Estados Unidos u otro país? SI NO 10. ¿ Es Usted o el Contratante, contribuyente fiscal de los Estados Unidos o de algún otro país? SI NO

11. País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

12. ¿Tiene licencia de piloto ? ¿Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas? SI NO 13. ¿Practica algún deporte? SI NO 14. ¿Participa o planea participar en carreras de automóviles, motocicletas, paracaidismo, buceo o cualquier otra actividad o de deporte arriesgado? SI NO

En caso afirmativo de detalles: _____

En caso de responder afirmativamente las preguntas 8, 9 ó 10 deberá completar formulario FATCA**Indíquese la cantidad total de seguros en vigor que ud. Posee:****TOTAL DE SEGURO DE VIDA O ACCIDENTE EN VIGOR**

COMPAÑÍA	NO. DE POLIZA	SUMA ASEGURADA	BENEFICIO CUBIERTO	FECHA DE EMISION

¿Solicita Ud. Este Seguro con el objeto de cancelar alguna de las pólizas mencionadas arriba? SI No

Cual? _____



Compañía Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Seguro de Vida
Parte 1 (PAGINA 2)

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Nombre Completo	Cédula o RUC	Parentesco	Edad	% Participación

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Cesion Bancaria: Banco _____ **Monto:** _____

Administrador de Menores

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario será pagado a _____,
con cédula de identidad personal No. _____, y en su defecto a _____,
con cédula de identidad personal No. _____, a quien (es) he instruido sobre la forma en que deberá (n) disponer
de los dineros que reciba (n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta (s) persona (s) como beneficiario (s) de este seguro.

DATOS DEL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

Vida Universal

Plan: _____
Opción de Beneficio de Muerte: Nivelado _____ Creciente _____
Prima Mínima según Forma de Pago: _____
Prima Planeada según Forma de Pago: _____

Vida Tradicional

Tipo de Riesgo: Decreciente ___ Flex ___ Génesis 100 ___ Creciente ___
Plazo de Cobertura _____
Prima según forma de Pago: _____
Opción _____
Tasa: _____

Seleccione la cobertura de Vida Individual deseada con un

Seleccione la cobertura de Acc. Personales con un

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Seguro Básica	B/.	Cobertura Básica	B/.
Seguro Temporal para el Asegurado Principal	B/.	Muerte Accidental y Desmembramiento	B/.
Beneficio Adicional por Invalidez Total y permanente	B/.	Gastos Médicos por Accidentes	B/.
Relevo de Pago de Prima por Incapacidad Total y Permanente	B/.	Renta Diaria por Accidentes	B/.
Beneficio Adicional por Muerte Accidental	B/.		
Enfermedades Catastróficas (Graves)	B/.		
Seguro Temporal para otro Asegurado Adicional	B/.		
Seguro Temporal para Niños	B/.		
Cobertura Desempleo Involuntario para Crédito Hipotecario	B/.		
Beneficio de Renta Hipotecaria Temporal en Caso de Incapacidad Total y Permanente	B/.		

MEDIO DE PAGO: *Tarjeta de Cr. ___ *Descuento Bancario ___ * Descuento Salario ___ Cobrador ___ Corredor ___

*** Favor adjuntar el Formulario de Descuento correspondiente**

FRECUENCIA DE PAGO: Mensual ___ Trimestral ___ Semestral ___ Anual ___ Bisemanal ___ (ACP)

REFERENCIAS PERSONALES Y BANCARIAS

1. _____ 1. _____
2. _____ 2. _____
3. _____ 3. _____

El solicitante conviene en que esta solicitud consta de Parte I y Parte II y manifiesta que todas las declaraciones y respuestas contenidas en la presente, junto con las hechas en la Parte II de la misma son, enteras, completas y verdaderas, como estan escritas y estan correctamente registradas y explícitamente esta de acuerdo con lo siguiente:

- Esta solicitud y cualquier póliza emitida en consecuencia de ella, constituirá en absoluto el contrato completo de seguro.
- La compañía tendrá 60 días desde esa fecha, durante las cuales puede considerar y actuar de acuerdo con esta solicitud. Si durante este periodo el solicitante no ha recibido una póliza o no ha dado notificación de aprobación o rechazo, entonces la solicitud debe considerarse como rechazada por la compañía
- La compañía esta autorizada para reformar esta solicitud, a fin de corregir errores aparentes u omisiones, y a fin de ajustarla de acuerdo con la forma y contenido de la póliza que se emitirá. La aceptación de cualquier poliza emitida de acuerdo con esta solicitud constituirá una aceptación y ratificación de cualquier reforma hecha como se prevé anteriormente.
- La Compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña de Crédito y podrá a falta de pago por mas de 90 días, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.
- El solicitante conviene en caso de no tomar la póliza, se le aplicará cargos en concepto de manejos, papelerías, gastos de exámenes médicos, laboratorios e informes médicos solicitados y los mismos serán descontados de la prima inicial.

Firmada en _____ el día _____ de _____

Firma el Asegurado: _____ Cédula: _____ Contratante/ Dueño _____

(Sólo si es diferente al asegurado)



PARTE 2

SEGUNDA PARTE: ESTA SOLICITUD DEBE COMPLETARSE CUANDO NO SE EXIGE EXAMEN MEDICO Y EL CORREDOR TIENE LA DEBIDA AUTORIZACION.

Nota al solicitante: Estas declaraciones son importantes, ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud.

Conteste "Si" o "no" a cada pregunta. Cada vez que la respuesta sea "Si", especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, duración, gravedad, resultados, nombre con direcciones de médicos, diagnósticos y dirección de hospitales.

Declaración de Fumador / No Fumador

¿En la actualidad fuma Ud. o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillo, cigarro, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? SI NO
En caso afirmativo, dé detalles: _____ ¿Cuántos se fuma al día? _____

¿Ha dejado el hábito de fumar? SI NO en caso afirmativo, favor indicar la fecha: _____

Estatura _____ Metros _____ Pies	Peso: _____ Libras _____ Kilos	Historia Familiar	Edad Si Vive	¿Estado de Salud si no es buena diga por qué?	Edad a la Muerte	Causas de la muerte Diga la fecha
¿Desde cuándo ha mantenido el peso actual?		Esposo				
¿Cuál ha sido su peso máximo? Fecha		Esposa				
¿Qué médico ha consultado últimamente?		Madre				
¿Cuándo?		Padre				
¿Para qué?		Hermanos(as)				

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y ENFERMEDADES ACTUALES

Al contestar las siguientes preguntas ESCRIBA las palabras "SI o NO" en la columna correspondiente.

Evitar anotar cualquier otra marca como respuesta

A) ¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál?	21) ¿En los últimos diez años Ud. ha:	
B) ¿SUFRE O HA SUFRIDO DE:	(1) tenido o le han dicho que tenía el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA"), Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?	
1) ¿Trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta?	(2) recibido consejo o tratamiento en conexión con cualquiera de las categorías mencionadas en (1) arriba?	
2) ¿Palpitaciones, Soplo Cardíaco, Infarto del Miocardio, Valvopatías o alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio?	(3) tenido resultados positivos para anticuerpos al virus (Humano - T Linfotrópico Tipo III; VH TL III) de Sida?	
3) ¿Tensión arterial alta?	22) ¿Consume o ha consumido Ud. algún tipo de droga ilícita?	
4) ¿Bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, asma, enfisema, pleuresía, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio crónico?	23) ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor o drogas? Detalles	
5) ¿Úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, indigestiones repetidas, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides o cualquiera otra molestia del recto o de los intestinos?	24) ¿Toma actualmente medicamentos o vitaminas? Favor indique nombres	
6) ¿Enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas?	25) ¿Ingiere licor? Cuantos vasos o copas ingiere?	
7) ¿Ha presentado Ud. Infecciones urinarias, hematuria, Litiasis renal o enfermedades de la vejiga, próstata o riñón?	DIARIO _____ SEMANAL _____ MENSUAL _____	
8) ¿Hemorragia de cualquier índole o hemofilia?	C) ESTUDIOS ESPECIALES	
9) ¿Diabetes, bocio, trastornos de las glándulas endocrinas?	1) ¿Ha estado internado en un hospital, clínica o sanatorio para examen general, diagnóstico o tratamiento?	
10) ¿Cáncer, quiste o algún otro tumor?	2) ¿Se encuentra actualmente bajo observación o tratamiento médico o bajo anticonceptivos?	
11) ¿Pérdida del conocimiento, ataque, dolor de cabeza, con convulsiones o epilepsia?	3) ¿Se le han hecho estudios con Rayos X?	
12) ¿Reumatismo, gota, neuritis, artritis o trastornos de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?	4) ¿Le han practicado estudios para diagnósticos de cáncer?	
13) ¿Deformidad, cojera o amputación?	5) ¿Le han hecho electrocardiogramas simples o con prueba de esfuerzo?	
14) ¿Alergias, anemias u otros trastornos de la sangre?	6) ¿Le han aconsejado que se hiciera algún examen para diagnóstico que se recluyera en un hospital o que se sometiera a una intervención quirúrgica que no se ha realizado?	
15) ¿Ha consultado algún psiquiatra?	D) EN CASO DE SER MUJER:	
16) ¿Chancro o reacciones de sangre positiva a la sífilis o herpes genital?	1) ¿Está embarazada? En caso afirmativo, cuántos meses tiene?	
17) ¿Intervenciones quirúrgicas?	2) ¿Ha tenido abortos, partos prematuros, o dificultad en sus partos?	
18) ¿Alguna otra enfermedad o lesión además de las ya mencionadas?	3) ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad en :?	
19) ¿Ha recibido transfusiones?	a) Los pechos? b) Los ovarios? c) La matriz?	
20) ¿Se le ha estudiado o diagnosticado por alguna alteración inmunológica?	4) ¿Ha tenido hemorragias vaginales?	
	5) ¿Son regulares sus periodos menstruales? Fecha de la última menstruación	

Detalle de las respuestas afirmativas (INDIQUE NUMERO DE LA PREGUNTA Y RENGLONES QUE APLICAN); Incluya diagnóstico, fechas, duración, nombres y direcciones de todos los médicos que intervinieron e instituciones médicas

--	--

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la Parte 1 y Parte 2 conjuntamente. El Propuesto asegurado ratifica ser exactas y sinceras las respuestas antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, pudiendo ser causal de nulidad del contrato de seguro cualquier inexactitud u omisión contenidas en las mismas. El abajo firmante renuncia, exonera y revela expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido, atendido y/o asistido en dolencia o enfermedades. Así mismo autorizo en vida o posterior a mi deceso a los médicos, clínicas y hospitales y/o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico, entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera y/o profesional de la salud, instituciones financieras, cooperativas, buró de información médica que me hubiese prestado sus servicios o tenga información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá y/o en el extranjero, para que se suministre a la Cía. Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, todos los datos y antecedentes patológicos y/o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, declaraciones financieras, expedientes clínicos y/o registros profesionales referentes a mi salud, incluyendo copias fotostáticas de los mismos, para lo cual los releva de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes y/o copias fotostáticas en el pasado o presente.

Firmada en _____ el _____ de _____ de 20_____

Testigo

Contratante / Dueño
(Sólo si es diferente al asegurado)

Propuesto Asegurado

Compañía Internacional de Seguros, S.A.
Solicitud de Seguro de Vida
Parte 2 (PAGINA 2)

PARA EL CORREDOR VENDEDOR: SIRVASE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PRGUNTAS, YA SEA QUE SE NECESITA O NO EXAMEN MEDICO

- | | |
|---|---|
| 1. ¿Conoce Ud. Bien al solicitante?..... | Preguntas que deberán contestarse cuando el solicitante sea mujer |
| 2. ¿Qué ingresos deriva de su ocupación?..... | 1. ¿Con quién reside ella? |
| 3. ¿Qué ingreso deriva de otras fuentes?..... | 2. De ser casada, ¿Cuál es el nombre completo del esposo? |
| 4. ¿Dirección residencial anterior (si hubiera cambiado en los últimos dos años)..... | 3. ¿Qué edad tiene él?¿Qué ocupación tiene él? |
| 5. ¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado?..... | 4. ¿Qué cantidad de seguro de vida tiene él?..... |
| 6. ¿Tiene Usted conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?..... | 5. Si él no tiene seguro, ¿a qué se debe?..... |

Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente, según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al solicitante que se le emita el seguro.

Indicar si esta solicitud aplica para descuento del plan de retiro SI NO

DATOS DEL CORREDOR Quien declara haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante "Ley 59, Art.86, Numeral 2"

Nombre o Razón Social

Firma del Gerente

Firma del Corredor y No. Licencia

Fecha

COMENTARIOS O ENDOSOS