



# Cía. Internacional de Seguros, S.A.

## Solicitud de Seguro de Vida

PARTE 1 (PÁGINA 1)

Cantidad pagada con esta solicitud

B/. \_\_\_\_\_

R.C.# \_\_\_\_\_

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

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

DD / MM / AA

### 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? Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_

**Si su respuesta fue sí, debe completar el formulario FATCA (estadounidenses) o CRS (doble nacionalidad).**

### DATOS DEL ASEGURADO

Extranjero: Sí  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)? Sí  No

De qué país (es): \_\_\_\_\_ **Si su respuesta fue sí, debe completar el formulario FATCA (estadounidenses) o CRS (doble nacionalidad).**

¿Zurdo? Sí  No  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. #: \_\_\_\_\_ Casa #: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Dirección de Oficina:

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

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

Edificio: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_ Casa #: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### POR FAVOR RESPONDER SI OTRAS COMPAÑÍAS:

- ¿Le han ofrecido seguro de vida o accidentes diferentes en sus condiciones, suma o prima, a la solicitada por usted? Sí  No
- ¿Se le ha rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez el seguro de vida, contra accidentes y enfermedades o la rehabilitación de alguna póliza? Sí  No
- ¿Está pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, contra accidentes o enfermedades en alguna otra compañía? Sí  No
- ¿Usted ha recibido beneficios o reclamado indemnización o renta por algún accidente o enfermedades en alguna otra compañía? Sí  No
- ¿Ha usted participado o está participando o sospecha que inadvertidamente puede estar participando individualmente o asociado con otras personas, en actividades ilícitas o en actividades de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades? Sí  No
- ¿Es usted una persona políticamente expuesta? Sí  No
- ¿El total de primas anuales que usted paga entre todas las Compañías de Seguros, son iguales o superan los B/.10,000.00? Sí  No
- ¿Ha estado por más de 183 días en los Estados Unidos u otro país, en los últimos tres años? Sí  No
- ¿Ha usted solicitado órdenes de pago desde o hacia Estados Unidos u otro país? Sí  No
- ¿Es Usted o el Contratante, contribuyente fiscal de los Estados Unidos o de algún otro país? Sí  No
- País(es) donde tributa por sus Ingresos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Sí  No
- ¿Tiene licencia de piloto?, ¿ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas? Sí  No
- ¿Practica algún deporte? Sí  No
- ¿Participa o planea participar en carreras de automóviles, motocicletas, paracaidismo, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? Sí  No

En caso afirmativo de detalles: \_\_\_\_\_

**En caso de responder afirmativamente las preguntas 8, 9 ó 10 deberá completar formulario FATCA.**

Indicar cantidad de seguros en vigor que usted posee:

### TOTAL DE SEGURO DE VIDA O ACCIDENTE EN VIGOR

| COMPAÑÍA | NO. DE PÓLIZA | SUMA ASEGURADA | BENEFICIO CUBIERTO | FECHA DE EMISIÓN |
|----------|---------------|----------------|--------------------|------------------|
|          |               |                |                    |                  |
|          |               |                |                    |                  |
|          |               |                |                    |                  |
|          |               |                |                    |                  |

¿Solicita usted este Seguro con el objetivo de cancelar alguna de las pólizas mencionadas arriba? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Solicitud de Seguro de Vida**  
 PARTE 1 (PÁGINA 2)

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

| NOMBRE COMPLETO | CÉDULA O RUC | PARENTESCO | EDAD | % PARTICIPACIÓN |
|-----------------|--------------|------------|------|-----------------|
|                 |              |            |      |                 |
|                 |              |            |      |                 |
|                 |              |            |      |                 |
|                 |              |            |      |                 |

**BENEFICIARIOS CONTINGENTES**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Cesión Bancaria: \_\_\_\_\_ 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 instruído 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  Flex DPS   
 Plazo de Cobertura: \_\_\_\_\_ Plazo de Pago: \_\_\_\_\_  
 Prima según forma de Pago: \_\_\_\_\_ Opción: \_\_\_\_\_  
 \*Porcentaje de Incremento de: 2%  4%  6%

**SELECCIONE LA COBERTURA DESEADA CON UN ✓:**

**Vida Individual**

**Accidentes Personales**

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

**MEDIO DE PAGO:**

\*Tarjeta de Crédito  \*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. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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 están escritas y están correctamente registradas y explícitamente está 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 está 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 póliza 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 más de 90 días, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.
- El solicitante conviene que 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma el Asegurado: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Contratante/ Dueño: \_\_\_\_\_  
 (Sólo si es diferente al asegurado)



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Solicitud de Seguro de Vida**  
 PARTE 2 (PÁGINA 1)

Solicitud No. \_\_\_\_\_

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

Nota al solicitante: Estas declaraciones son importantes, ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Contesté "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 usted o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillo, cigarro, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? Sí  No

En caso afirmativo, dé detalles: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos se fuma al día? \_\_\_\_\_

¿Ha dejado el hábito de fumar? Sí  No  En caso afirmativo, favor indicar la fecha: \_\_\_\_\_

| Estatura: _____ Metros<br>_____ Pies             | Peso: _____ Libras<br>_____ 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 PATOLÓGICOS Y ENFERMEDADES ACTUALES**

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

Evitar anotar cualquier otra marca como respuesta

|                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                                                                                             |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| A) ¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? _____                                                                                                                               | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 21. En los últimos diez años usted:                                                                                                                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| B) SUFRE O HA SUFRIDO DE:                                                                                                                                                        |                                                         | a. ¿ha 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?      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 1. ¿Trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta?                                                                                                                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | b. ¿ha recibido consejo o tratamiento en conexión con cualquiera de las categorías mencionadas en (1) arriba?                                                               | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Palpitaciones, soplo cardíaco, infarto del miocardio, valvulopatías o alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio?                                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | c. ¿ha tenido resultados positivos para anticuerpos al virus (Humano - T Linfotrópico Tipo I-II , HTLV Tipo I-II) de Sida?                                                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tensión arterial alta?                                                                                                                                                       | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 22. ¿Consumo o ha consumido usted algún tipo de droga ilícita?                                                                                                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, asma, enfisema, pleuresia, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio crónico?                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 23. ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor o drogas? Detalles _____                                                                                                | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, indigestiones repetidas, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides o cualquiera otra molestia del recto o de los intestinos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 24. ¿Toma actualmente medicamentos o vitaminas? Favor indique nombres _____                                                                                                 | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas?                                                                                                               | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 25. ¿Ingiere licor? ¿Cuántos vasos o copas ingiere? Diario _____ Semanal _____ Mensual _____                                                                                | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha presentado usted infecciones urinarias, hematuria, litiasis renal o enfermedades de la vejiga, próstata o riñón?                                                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | C) ESTUDIOS ESPECIALES                                                                                                                                                      |                                                         |
| 8. ¿Hemorragia de cualquier índole o hemofilia?                                                                                                                                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 1. ¿Ha estado internado en un hospital, clínica o sanatorio para examen general, diagnóstico o tratamiento?                                                                 | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Diabetes, bocio, trastornos de las glándulas endocrinas?                                                                                                                     | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 2. ¿Se encuentra actualmente bajo observación o tratamiento médico o bajo anticonceptivos?                                                                                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Cáncer, quiste o algún otro tumor?                                                                                                                                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 3. ¿Se le han hecho estudios con Rayos X?                                                                                                                                   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Pérdida del conocimiento, ataque, dolor de cabeza, con convulsiones o epilepsia?                                                                                            | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 4. ¿Le han practicado estudios para diagnósticos de cáncer?                                                                                                                 | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Reumatismo, gota, neuritis, artritis o trastornos de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?                        | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 5. ¿Le han hecho electrocardiogramas simples o con prueba de esfuerzo?                                                                                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Deformidad, cojera o amputación?                                                                                                                                            | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 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? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alergias, anemias u otros trastornos de la sangre?                                                                                                                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | D) EN CASO DE SER MUJER:                                                                                                                                                    |                                                         |
| 15. ¿Ha consultado algún psiquiatra?                                                                                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 1. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántos meses tiene?                                                                                                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Chancro o reacciones de sangre positiva a la sífilis o herpes genital?                                                                                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 2. ¿Ha tenido abortos, partos prematuros, o dificultad en sus partos?                                                                                                       | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Intervenciones quirúrgicas?                                                                                                                                                 | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 3. Ha tenido algún tumor o enfermedad en:                                                                                                                                   |                                                         |
| 18. ¿Alguna otra enfermedad o lesión además de las ya mencionadas?                                                                                                               | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | a) Los pechos <input type="checkbox"/> b) Los ovarios <input type="checkbox"/> c) La matriz <input type="checkbox"/>                                                        | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha recibido transfusiones?                                                                                                                                                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 4. ¿Ha tenido hemorragias vaginales?                                                                                                                                        | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Se le ha estudiado o diagnosticado por alguna alteración inmunológica?                                                                                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 5. ¿Son regulares sus periodos menstruales? Fecha de la última menstruación _____ DD / MM / AA                                                                              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Detalle de las respuestas afirmativas (indique número 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 dar 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 releva 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 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



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Solicitud de Seguro de Vida**  
PARTE 2 (PÁGINA 2)

**Para el Corredor vendedor: sírvase contestar las siguientes preguntas, ya sea que necesite o no examen médico**

1. ¿Conoce usted bien al solicitante? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué ingresos deriva de su ocupación? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué ingreso deriva de otras fuentes? \_\_\_\_\_
4. ¿Dirección residencial anterior (si hubiera cambiado en los últimos dos años)? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene usted conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud? \_\_\_\_\_

**Preguntas que deberán contestarse cuando el solicitante sea mujer**

1. ¿Con quién reside ella? \_\_\_\_\_
2. De ser casada, ¿Cuál es el nombre completo del esposo? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué edad tiene él? \_\_\_\_\_ ¿Qué ocupación tiene él? \_\_\_\_\_
4. ¿Qué cantidad de seguro de vida tiene él? \_\_\_\_\_
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.    Sí     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: