

Fecha solicitud: Día ___ /Mes ___ /Año _____		Por favor completar en letra legible
Plan	Vigencia / Efectividad	Póliza no.

A Datos generales del solicitante

Nombres		Apellidos					
Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año _____	Edad	Sexo (M / F)	Estado Civil	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
Dirección			Provincia		Teléfono/celular		
Ocupación		E-mail					
Empresa donde trabaja		Dirección de empresa			Teléfono		

Es usted una persona políticamente expuesta? SI NO Indique cargo actual o anterior: _____

La Persona Políticamente Expuesta (PEP) es un individuo nacional o extranjero que desempeña funciones públicas destacadas, como por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares, altos ejecutivos de empresas estatales y funcionarios de partidos políticos, incluyendo sus familiares o estrechos colaboradores. Todos estos son considerados PEP desde el nombramiento u ocupación del cargo hasta 2 años después de haber cesado el mismo.

B Datos del contratante (sólo si es diferente al solicitante)

Persona natura	Persona jurídica	(Completar el formulario de Conoce a tu Cliente)				
Nombre		Cédula / Pasaporte / RUC		E-mail		
Dirección		Provincia		Teléfono / celular		
Empresa donde trabaja		Dirección de empresa		Teléfono		
Relación con el asegurado		Es usted una persona políticamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Indique el cargo		

C Forma de pago (la tarjeta o cuenta de ACH debe estar a nombre del contratante)

Tarjeta de crédito ACH Pago voluntario Frecuencia de pago Mensual Trimestral Semestral Cuatrimestral Anual

(Lenar el formulario TCR) (Lenar formulario ACH)

Los cargos automáticos serán realizados al inicio de cada periodo de vigencia, conforme la frecuencia de pago seleccionada.

D Autorización de pago de reclamaciones

Nombre de la cuenta		Nombre del banco	Tipo de cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
No. de cuenta		E-mail para envío de liquidaciones	

E Datos de los dependientes

	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Día ___ /Mes ___ /Año _____	Edad	Sexo (M / F)
1	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
2	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
3	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
4	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
5	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
6	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
7	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
8	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentezco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)

F Información adicionala) ¿Tiene o ha tenido usted o alguno de sus dependientes un seguro similar al que está solicitando? Sí No

Quién?	Qué seguro?	Con qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento

b) ¿Usted o alguno de sus dependientes fuma o a fumado, consume o ha consumido bebidas alcohólicas o estupefacientes? Sí No

Quién?	Qué consume o ha consumido?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?

c) Practica usted o alguno de sus dependientes algún deporte o actividad que pueda ser considerada de alto riesgo? Sí No

Quién?	Qué actividad?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?

G Declaración de salud del solicitante y los dependientes (amplíe sus respuestas en la sección I)

- 1) Goza usted y todos sus dependientes de buena salud física y mental? Sí No
- 2) Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto congénito o adquirido evidente o no físicamente? Sí No
- 3) Ha sufrido usted o alguno de sus dependientes algún accidente grave o intoxicación? Sí No
- 4) Es usted o alguno de sus dependientes piloto o tripulante en aviones privados o comerciales? Sí No
- 5) Se ha realizado usted o alguno de sus dependientes un examen, tratamiento o cirugía para cualquier afección médica? Sí No
- 6) Se ha realizado usted o alguno de sus dependientes un papanicoplau? En dado caso, indique quién _____, fecha _____ y resultado _____ Sí No
- 7) Se ha realizado usted o alguno de sus dependientes una mamografía, ultrasonido o prueba especial? En dado caso, indique quién _____, fecha _____ y resultado _____ Sí No
- 8) Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En dado caso, indique quién _____, y de cuántas semanas _____ Sí No
- 9) Ha tenido usted o alguna de sus dependientes una pérdida de embarazo? En dado caso, indique quién _____ cuándo _____ por qué _____ Sí No
- 10) Toma usted o alguno de sus dependientes medicamentos permanentes? En dado caso, indique quién _____ qué medicamento _____ y por qué? _____ Sí No
- 11) Ha recibido usted o alguno de sus dependientes transfusiones de sangre? En dado caso, indique quién _____ y por qué _____ Sí No

H Padece o ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna de las siguientes condiciones? (amplíe sus respuestas en la sección I)

- 12) Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, hemiplejía, apoplejía, polineuritis, convulsiones, desmayos, derrame isquémico, hemorragia cerebral, meningitis, neurastenia, parálisis, neurosis, insomnio, migraña, vértigo, mal de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, síndrome de Guillain Barré) Sí No
- 13) Trastornos mentales (psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, fatiga crónica, trastornos alimenticios) Sí No
- 14) Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arterioesclerosis, hipertensión, trombosis, flebitis, fiebre reumática, infarto, síncope, enfermedad de disco, hernia discal, trastornos de la articulación temporo-mandibular o ATM) Sí No
- 15) Enfermedades de la sangre (anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, ganglios linfáticos, colesterol alto, deficiencias del factor II, V, VII, X y XII, deficiencia congénita de antitrombina III, púrpura trombocitopénica idiopática o trombótica, enfermedad de Von Willebrand, defectos de la función plaquetaria, triglicéridos altos) Sí No
- 16) Trastornos autoinmunes (anemia perniciosa, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, dermatomiositis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso o sistémico, síndrome de Sjogren, miastenia grave, bocio tirotóxico difuso, síndrome de Reiter, hemoglobinopatía, hepatitis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune) Sí No
- 17) Trastornos gastrointestinales (úlceras, reflujo gastroesofágico, vómitos de sangre, diverticulitis, gastritis, ictericia, hemorroides, fístula de recto, hernia hiatal, enfermedad del hígado o del páncreas, pólipos intestinales, colitis, intolerancia al gluten, enfermedad de Crohn) Sí No
- 18) Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, obesidad, bocio, hipofísis, hipertiroidismo). De ser afirmativo para diabetes, indicar tipo de diabetes, fecha en que se diagnosticó, medicamentos y dosis que lleva. Sí No
- 19) Enfermedades del sistema osteomuscular (lumbago, ciática, escoliosis, artritis, tendinitis, gota, osteoporosis, síndrome del túnel carpiano, espina bífida, artrosis, osteopenia, condromalacia, reumatismo, enfermedad de disco, hernia discal, trastornos de la articulación temporo-mandibular o ATM) Sí No
- 20) Enfermedades del sistema respiratorio (asma, tos crónica, tuberculosis, efisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, pleuresía, catarro persistente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC, ronquera crónica, alergias, fibrosis pulmonar) Sí No
- 21) Enfermedades del sistema genito - urinario (tumores, enfermedades de la próstata, insuficiencia renal crónica o aguda, calculos renales o en vías biliares, quistes de ovarios, enfermedades de la vejiga o la uretra, sangrado genital anormal, fibromas, displasias, cáncer cervico-uterino, endometriosis) Sí No
- 22) Enfermedades de transmisión sexual (síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH/SIDA, virus del papiloma humano o VPH, sífilis, gonorrea, hepatitis B o C, herpes genital, condilomas) Sí No
- 23) Enfermedades de los ojos, nariz o boca (cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, síndrome de Meniere, pterigión) Sí No
- 24) Enfermedades o lesiones de la piel (lunares que han crecido en poco tiempo, cambiado de color o que pican, vitiligo, cáncer de piel) Sí No
- 25) Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, fiebre tifoidea, septicemia, malaria, ébola, chikungunya, zika) Sí No
- 26) Enfermedades o trastornos no citados anteriormente (hernias, cáncer, melanomas, sarcoma de Kaposi, tumores de cualquier tipo, linfomas, quistes, deformidad o mutilación de algún miembro, diarrea persistente, fiebre de origen desconocido, pérdida inexplicable de peso, sudoración nocturna, enfermedad o defecto congénito, desnutrición, síndrome de Down, patologías de mama, cáncer de mama o cualquier otra condición médica, síntoma o signo que se haya manifestado o que se padezca actualmente) Sí No

M Información del corredor

Nombre o razón social		Número de licencia	
¿Conoce usted personalmente al contratante?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuánto hace que lo conoce?	Le consta que el solicitante completó y firmó esta solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiene usted conocimiento sobre alguna ocupación, actividad o condición médica del solicitante y/o de sus dependientes que pudiera afectar el riesgo y que no haya sido declarada en la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:			
Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido completada correctamente según mi leal saber y entender, por lo que recomiendo al colicitante y/o contratante para el seguro solicitado.			

Firma del corredor

Fecha

Firma del gerente o ejecutivo comercial

Fecha

N Para uso de la compañía

Exclusión Permanente <input type="checkbox"/> Exclusión Temporal <input type="checkbox"/> Recargo <input type="checkbox"/> _____ %	Motivo _____
Detalles	
Aprobado <input type="checkbox"/> Declinado <input type="checkbox"/>	Evaluador _____ Cargo _____ Fecha <small>día</small> / <small>mes</small> / <small>año</small>

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