



PARTE 1

SECCIÓN 1 • DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellidos		Nombres		
Fecha de nacimiento (d/m/a)	Lugar de nacimiento	Edad	No. de cédula o pasaporte	No. de Seguro Social
Sexo Masculino <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Celular	E-mail	
Femenino <input type="checkbox"/>				
Dirección residencial (Barrio, Calle, Vecindario)		Teléfono residencial	Años en actual domicilio	Apartado postal
Nacionalidad		País de residencia	Lugar donde Tributa	
Posee otra nacionalidad? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> País: _____		Posee permiso legal laboral o de residencia en otro país? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> País: _____		
Ha estado fuera de Panamá 30 días continuos o más en el último año? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		País: _____		
Ocupación	Empleador			
Descripción de funciones	Años en este trabajo		Teléfono del trabajo	
Dirección del trabajo (barrio, calle, vecindario)			Fax	
Tipo de actividad económica	Propietario/Socio <input type="checkbox"/>	Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/>	Empleado/Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
				Inversionista/Rentista <input type="checkbox"/>
Profesión	País donde tributa			

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, 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.

¿Es usted una persona políticamente expuesta? Si No Cargo actual o anterior: _____

PÓLIZAS 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

* Si su respuesta es afirmativa, proceda a contestar las siguientes preguntas; si la misma es negativa dirijase a la casilla de firma del cliente.

DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN

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:

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 social	Actividad	Relación con el Cliente	Teléfono de contacto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SECCIÓN 2 • DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE / DUEÑO DE LA PÓLIZA

Persona Jurídica: Nombre de la empresa o razón social R.U.C.

Domicilio Teléfono

Persona Natural: Apellidos Nombres Apellido de casada

Sexo Masculino Estado civil Femenino No. de cédula o pasaporte No. de Seguro Social

Domicilio Teléfono

Ocupación Descripción de funciones Empleador

SECCIÓN 3 • HISTORIAL DE SEGUROS DE VIDA EN VIGOR

ASEGURADORA / DUEÑO DE LA PÓLIZA	ASEGURADORA	TIPO DE COBERTURA	SUMA ASEGURADA	MUERE ACCIDENTAL	COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS	AÑO DE EMISIÓN

SECCIÓN 4 • PREGUNTAS (Si la respuesta en alguna de las siguientes es afirmativa, favor brindar detalles)

PREGUNTA	SI	NO	DETALLES
A. ¿Ha realizado o considera realizar actividades como planeo aéreo, paracaidismo, carrera de autos, buceo con o sin tanque o cualquier otro pasatiempo o deporte peligroso en el pasado o en el presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. ¿Ha volado o tiene intenciones de volar en calidad distinta a la de pasajero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. ¿Reemplazará esta solicitud algún seguro con estas u otra compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. ¿Tiene otras solicitudes pendientes o contempladas con esta u otra compañía? (En caso afirmativo, de el nombre de la compañía y el monto solicitado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. ¿Ha solicitado alguna vez seguro que le haya sido denegado, pospuesto, no tomado, modificado o tarifado en alguna forma? (En caso afirmativo, dé el nombre de la compañía y el monto solicitado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F. ¿Ha fumado durante los últimos treinta y seis (36) meses? (En caso afirmativo detalle cantidad diaria y si es Cigarrillo, habano, pipa o similares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G. ¿Ha sido fumador en el pasado? (En caso afirmativ, indique cuándo dejó de fumar, cuántos cigarrillos por día y porqué dejó de fumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H. ¿Algún médico le ha recomendado que deje de fumar por razones de salud? (Dé detalles y nombres y teléfonos de los médicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I. ¿Tiene o ha tenido procedimientos administrativos o judiciales? Si es así, porque motivo y con que resultado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN 5 • COBERTURAS Y BENEFICIOS DE LA PÓLIZA

Suma Asegurada B/. Monto en Palabras (usar dólares)

Seguro Universal Seguro a término Plazo _____ Años Preferido (No Fumador) Estándar (Fumador) Seguro Mancomunado
 Prima Básica Prima de Ahorro Prima Planeada Prima pagada con solicitud Depósito

SECCIÓN 6 • CONTRATOS SUPLEMENTARIOS Y BENEFICIOS ADICIONALES

VIDA UNIVERSAL		VIDA TÉRMINO	
BENEFICIO ADICIONAL	SUMA ASEGURADA	BENEFICIO ADICIONAL	SUMA ASEGURADA
Exoneración de Prima por Inc.Total y Per.		Exoneración de Prima por Inc.Total y Per.	
Muerte Accidental y Desmembramiento		Muerte Accidental y Desmembramiento	
Beneficios de enfermedades Terminales			
Protector de Vida			
Seguro a Término			
Beneficio para Menores de Edad			

CESIÓN SUBSIDIARIA

Banco: _____
 Monto B/.: _____

SECCIÓN 7 • MÉTODO DE PAGO

Frecuencia de Pago Anual Semestral Trimestral Mensual Bisemanal
 Forma de Pago ACH/ Bancario Tarjeta de Crédito Descuento de Salario Voluntario Cobrador
 Dirección y Día de Cobro _____

SECCIÓN 8 • DESIGANCIÓN DE BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS PRINCIPALES	EDAD	CÉDULA	PARENTESCO	%

CONTINGENTES	EDAD	CÉDULA	PARENTESCO	%

SECCIÓN 8 • INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL PAGO DE BENEFICIOS

- Si a mí fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la póliza que les corresponda será entregado para su libre administración a _____ cédula _____ parentesco _____
- Si a mí fallecimiento no existieron Beneficiarios Principales y él o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la póliza que les corresponda será entregado para su libre administración a _____ cédula _____ parentesco _____
- Entiendo y acepto que la Compañía Aseguradora no asume responsabilidad alguna, ni tiene obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba señalada(s) de(n) a la indemnización producto del presente seguro. Si No
- Todas las instrucciones se sujetarán a las estipulaciones o cláusulas generales, especiales y de la póliza. Si el producto de la póliza ha sido cedido a persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía de Seguros considerará esta instrucción especial nula y sin valor. De haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída por cualquier CESIÓN, la Compañía de Seguros lo entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a la designación y estas Instrucciones Especiales.

Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan del Asegurado, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobreviven del Asegurado y (B) Resérvese el dueño el derecho de cambiar beneficiarios.

PARTE 2 • CUESTIONARIO QUE DEBE COMPLETARSE CUANDO NO SE EXIGE UN EXAMEN MÉDICO

Declaraciones que el solicitante hace en lugar del examen médico y que constituye una continuación y forma parte de la solicitud presentada a Sagicor Panamá, República de Panamá.

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

1	(A) ¿Ha recibido tratamiento o tenido alguna indicación conocida de trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta?	SI	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(B) ¿Mareos, Desmayos, convulsiones, dolores de cabeza, problemas del habla, parálisis o derrame; trastorno mental o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(C) ¿Falta de respiración, ronquera, o tos persistente, escupe con sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastorno respiratorio crónico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(D) ¿Dolor de pecho, palpitaciones, presión alta, fiebre reumática, soplo, ataque cardíaco u otra enfermedad cardíaca o vías respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(E) ¿Ictericia, sangrado Intestinal, úlceras, hernias, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otros trastornos del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(F) ¿Azúcar albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, piedras u otros trastornos de los riñones, vejiga, próstata u órganos reproductores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(G) ¿Diabetes, Tiroides u otros trastornos endocrinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(H) ¿Gota, neuritis, ciática, reumatismo, artritis o trastorno muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(I) ¿Deformidad, cojera o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(J) ¿Alergias, Anemia u otros trastornos de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(K) ¿Ha participado alguna vez en alguna organización para la adicción al alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(L) ¿SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), CRS (Complejo Relacionado con SIDA) o cualquier trastorno inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Alguna vez ha usado barbitúricos, narcóticos u otras drogas estimulantes o alucinógenas, excepto por prescripción médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Esta usted bajo observación o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Además de lo anterior, en los últimos 5 años		SI	NO
4	(A) ¿Le han recomendado o ha sido sometido a prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no ha sido llevada a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(B) ¿Ha tenido trastorno mental o físico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(C) Se ha sometido a revisión, consulta o sufrido enfermedad, lesión o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(D) ¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio, u otra instalación médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(E) ¿Le han practicado electrocardiograma, Rayos x, u otra prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Alguna vez ha bebido bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, mencione tipo, cantidad y frecuencia de uso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Alguna vez ha solicitado o recibido pensión, beneficios o pago debido a una lesión, enfermedad o incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Su padre o su madre o alguno de sus hermanos o hermanas, han sufrido alguna vez antes de los 50 años, de tuberculosis, diabetes, presión alta, enfermedad cardíaca o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mujeres solamente (A) ¿Alguna vez ha tenido trastornos de menstruación, embarazo, o los órganos femeninos o mamas? (B) ¿Esta embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de gestación tiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	En los últimos 5 años, ha padecido de cáncer, aumento de los nódulos linfáticos (glándulas), diarrea crónica, lesiones inusuales de la piel u otras afecciones no explicadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Ha consultado recientemente a un médico? En caso afirmativo, favor díganos en su opinión cuál fue la naturaleza del problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Se ha hecho tatuajes o piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Según su mejor conocimiento y creencia, ¿esta actualmente en buen estado de salud y libre de cualquier deformidad o defecto físico o mental? De lo contrario explique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalle de las respuestas afirmativas (INDIQUE EL NÚMERO DE LA PREGUNTA Y RENGLONES QUE APLICAN), incluya diagnósticos, fechas, duración, nombres y direcciones de los médicos que intervinieron e instituciones médicas.

Pregunta	Observaciones	Pregunta	Observaciones

Peso Actual _____ Estatura _____ ¿Es Zurdo? SI NO

NOMBRE AL MÉDICO QUE NOS PUEDA SUMINISTRAR INFORMACIÓN MÁS COMPLETA Y ACTUALIZADA SOBRE SU ESTADO DE SALUD

MÉDICO	DIRECCIÓN	FECHA DE CONSULTA	MOTIVO Y RESULTADO



RECIBIDO CONDICIONAL

NO. _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS

Recibí de _____ con cédula / R. U. C. No. _____

la suma de _____ (USD) _____

para ser aplicada al pago de la PRIMERA PRIMA del seguro de vida correspondiente a: _____

con cédula No. _____, por la cantidad de USD _____

El pago arriba indicado es el que el solicitante acuerda pagar en la Sección 5 de la Primera Parte de la Solicitud. Este recibo queda sujeto a los términos y condiciones contemplados en el reverso del mismo.

Lugar y Fecha de Pago: _____ Nombre del Corredor: _____

Firma del Corredor: _____

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD DE VIVOS	ESTADO DE SALUD	EDAD AL FALLECER	CAUSA DE MUERTE
Padre				
Madre				
Hermanas ()				
Hermanos ()				

Yo (nosotros) declaro(amos) que las informaciones escritas en esta solicitud de seguro con declaraciones fieles y veraces; y yo (nosotros) por este medio acuerdo(amos) que esta declaración será la base del contrato entre mi persona (nosotros) y SAGICOR PANAMÁ y que, si se ha realizado una declaración falsa, o se ha retenido información en la Parte 1 y/o Parte 2 de la Solicitud y Declaración, que SAGICOR PANAMÁ requiera conocer, el seguro será totalmente nulo o inválido; y que mi aceptación de cualquier Póliza emitida por razón de la Solicitud y Declaración, constituirá ratificación de cualesquiera correcciones y enmiendas hechas por la Compañía y anotada en el espacio denominada "Correcciones y enmiendas".

Fecha en _____ el día _____ de _____ del año _____

Corredor
(Testigo)

Contratante o Dueño de la Póliza
(Sólo si es diferente al Asegurado)

Propuesto Asegurado

INFORME DEL PRODUCTOR

- ¿Cuánto tiempo hace que conoce Usted al Solicitante? _____
- ¿Propósito del seguro? _____
- ¿En cuánto estima su valor neto? _____
- ¿Qué ingresos derivan de su ocupación? _____
- ¿Qué ingresos derivan de otras fuentes? _____
- ¿Tiene Usted conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en la solicitud? _____
- ¿Dé el nombre de dos (2) personas que conozcan bien al Solicitante, que no estén emparentadas con él y que puedan dar información fidedigna acerca del Solicitante.

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONOS

AUTORIZACIÓN

Por este medio, autorizo a cualquier Médico, Profesional de la Medicina, Hospital, Clínica o cualquier otra instalación médica, Compañía de Seguros, Oficina de Información Médica o cualquier otra organización, institución o persona que tenga cualquier historial o conocimiento de mi salud, a darle a Sagicor Panamá o sus reaseguradores cualquier información de este tipo. Doy también consentimiento para someterme a Electrocardiograma, Rayos X, Prueba de Sangre (para determinar si sufro de diabetes, SIDA, etc.) o cualquier otra prueba considerada necesaria por Sagicor Panamá o sus reaseguradores. Yo también autorizo a Sagicor Panamá o a sus reaseguradores a que obtengan cualquier Historial de Crédito que tenga información personal y financiera relacionada con la evaluación de esta solicitud de seguros. También autorizo a Sagicor Panamá, a proporcionar a otras compañías aseguradoras información sobre mi vida que tenga en archivos. Para la presentación rápida de dicha información, autorizo a todas las fuentes antes mencionadas a que proporcionen dicho historial o conocimiento a cualquier agencia empleada por Sagicor Panamá para recopilar y transmitir dicha información. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. He leído el acuerdo condicional de seguros y lo comprendo.

Fecha en _____ el día _____ de _____ del año _____

Testigo

Propuesto Asegurado



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

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

La compañía de Seguro acuerda proveer seguro de vida provisional en la vida del asegurado propuesto de acuerdo a los términos de la Póliza solicitada hasta que esa póliza sea efectiva o que la Compañía decline la solicitud. Este contrato está sujeto a las siguientes condiciones:

Términos de Inicio de la Cobertura:

- El seguro comenzará cuando hayan sido completadas la Parte 1 de la Solicitud, la Parte 2 de la Solicitud y el Cuestionario del médico examinador. Sin embargo, en el caso que la Compañía tenga causas razonables para investigar informaciones contenidas en los documentos adjuntos, el seguro sólo comenzará cuando la Compañía se encuentre satisfecha con las informaciones obtenidas de las interrogantes sugeridas en la evaluación de la solicitud.
- El asegurado propuesto deberá ser asegurable bajo los estándares y prácticas generales de la Compañía para el plan de seguro básico y por la suma aplicada para cuando el seguro comience. No aplica beneficio alguno si según los requisitos y prácticas usuales de la Compañía no se aceptaría y emitiría cobertura de seguro.
- El recibo Condicional no será válido a menos que: (a) la descripción de pago a que se hace referencia en este recibo concuerde con la cantidad y modo de pago descritos en la solicitud; (b) la fecha de solicitud y la de este recibo, sean iguales.
- El seguro está vigente siempre y cuando la prima inicial haya ingresado a la compañía, caso contrario, la Compañía no se hace responsable ni reconoce acuerdo alguno entre el propuesto asegurado y la Compañía.

Limitaciones de la Suma Asegurada:

- La suma de seguro bajo este acuerdo será igual a la suma solicitada sin exceder en ningún caso la suma de USD 50,000.00 o menos si aplica reducción por otros seguros sobre la vida del mismo solicitante, emitido o no por esta Compañía.



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