

Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

DATOS DEL CONTRATANTE

| | | | |
|---|---|---------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL | <input type="checkbox"/> PERSONA JURÍDICA | Nombre Completo: | |
| Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Fecha de Nacimiento o Constitución: | Día/ Mes/ Año/ | R.U.C. / Cédula / Pasaporte: |
| País de Nacimiento o Constitución: | Nacionalidad: | País de Residencia: | |
| Dirección Residencial: | | E-mail: | |
| Tel. Residencia: | Tel. Ofic: | Celular: | |
| Estado civil: | Profesión/Actividad Económica: | | |
| Ocupación Actual: | Empresa donde Trabaja: | | |
| Dirección del Trabajo: | Lugar (es) donde tributa: | | |
| Dirección del Cobro: | Corredor: | | |

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL

| Ingreso Anual Actividad Principal | | Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s) | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual | <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 10 mil a 30 mil USD anual |
| <input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual | <input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 30 mil a 50 mil USD anual | <input type="checkbox"/> Más 50 mil USD anual |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), o familiar, colaborador o persona de confianza de un PEP? En caso de afirmativo, explique. | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Identifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción

Declaro que todas mis actividades se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:

Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: _____

PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA

| Ingreso Anual Actividad Principal | | Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s) | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual | <input type="checkbox"/> Menos de 250 mil USD anual | <input type="checkbox"/> De 250 mil a 1 millón USD anual |
| <input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual | <input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual | <input type="checkbox"/> De 1 millón a 10 millones USD anual | <input type="checkbox"/> Más de 10 millones USD anual |
| Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona jurídica es una persona expuesta políticamente (PEP). En caso afirmativo, explique. | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción

Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:

Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: _____

INTEGRANTES DE LA PERSONA JURÍDICA

| Cargo | Nombre | Cédula o Pasaporte | Nacionalidad |
|--|--------|--------------------|--------------|
| Presidente | | | |
| Secretario | | | |
| Tesorero | | | |
| Otro Dignatario | | | |
| Director | | | |
| Director | | | |
| Director | | | |
| Representante Legal o Apoderado Registrado | | | |

Accionistas, beneficiarios y/o propietarios reales con más de 10% de las acciones de la sociedad

| Nombre | Nacionalidad | Cédula o Pasaporte | Porcentaje Accionario |
|--------|--------------|--------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Agente Residente

| | |
|---------|------------|
| Nombre: | Dirección: |
|---------|------------|

| Cobertura | | | |
|------------------------|---------------|---|-------------------------------------|
| Tipo de Suscripción | Prima Mensual | Forma de Pago | Modo de Pago |
| Asegurado solo | B/. | Descuento Bancario <input type="checkbox"/> | Anual <input type="checkbox"/> |
| Asegurado y cónyuge | B/. | Descuento de Salario <input type="checkbox"/> | Semestral <input type="checkbox"/> |
| Asegurado y familia | B/. | Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> |
| Impuesto (Ley 1, 1986) | B/. | Voluntario (Anual) <input type="checkbox"/> | Mensual <input type="checkbox"/> |
| Total | B/. | Prima Pagada B/. _____ + _____ Total: B/. _____ Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> No. _____ Recibo _____ | |

Datos del asegurado y los dependientes a ser incluidos en la póliza

| Nombres y Apellidos | Cédula | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Peso | Estatura | Parentesco | Nacionalidad |
|---------------------|--------|---------------------|------|------|------|----------|------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por enfermedad o condición pre-existente se entiende que es cualquier condición, enfermedad, lesión, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se manifiesta o aparece por primera vez, o se trata médicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza. Las condiciones pre-existentes no declaradas en la solicitud no serán cubiertas en ningún momento.

Explique detalladamente cualquier condición abajo indicada donde la respuesta es SI, para usted o sus dependientes. Si es necesario adjunte hojas adicionales.

| | Principal | | Cónyuge | | Hijos | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 1. ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia tratado por o se le ha diagnosticado cáncer o se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba tendiente a descubrir un posible tumor maligno, leucemia, o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer, incluyendo cáncer de la piel, papanicolau de cervix o PSA, hasta la fecha? | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sido tratado o ha tenido conocimiento de que tenga problemas o padecimientos de: los músculos, espalda (columna vertebral), epilepsia o alguna condición neurológica? | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o ha sufrido operación quirúrgica durante los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha padecido usted o ha estado en contacto con una persona que haya padecido de poliomielitis, encefalitis, rabia, tétano, malaria, fiebre tifoidea, tuberculosis, meningitis o difteria? ¿Ha viajado usted en los últimos 6 meses a regiones afectadas por estas enfermedades? | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Es usted fumador? ¿Desde cuándo? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Ha fumado alguna vez? ¿Por cuánto tiempo? | <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado "Si" a alguna de las preguntas anteriores, detalle a continuación:

| Nombre del Asegurado | Resp. # | Parentesco Familiar | Lugar / Fecha | Nombre y dirección de Médicos y Hospitales |
|----------------------|---------|---------------------|---------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaro bajo la seriedad del juramento, que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, laboratorio, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de cuidado de salud, o asegurador o empleador y tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a Aseguradora Ancón, S.A. o su representante autorizado esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mí o mis dependientes a dar tal información a Aseguradora Ancón, S.A. o a su representante autorizado. Por tal efecto, una fotocopia de esta solicitud será tan válida como su original. Queda entendido y acordado que la cobertura de este seguro será efectiva en la fecha que así lo designe la Compañía, una vez haya evaluado el riesgo. La Compañía tiene el derecho a la prima cobrada desde la fecha de efectividad designada. La Compañía no tramitará ninguna solicitud de seguros que no venga acompañada con el pago de la prima inicial.

Expresamente autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A. para que consulte las referencias que mantengo en la base de Datos de la Asociación Panameña de Crédito (APC)) o en la base de datos de cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, así como también para que consulte a dichas entidades los resultados de cualquier análisis o tratamiento de dichos datos que surjan de mi historial de crédito y para que suministre la información sobre mi historial de crédito a aquellos agentes económicos que la soliciten conforme lo establecido en la ley vigente. Igualmente autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A. para que recopile, comparta, transmita y suministre a la ASOCIACION PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC) o a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, los datos sobre el historial de crédito que mantenga con la aseguradora. Autorizo a ASEGURADORA ANCÓN, S.A., a la ASOCIACION PANAMEÑA DE CRÉDITO (APC) y a cualquier otra agencia de información de datos sobre el historial de crédito de consumidores o clientes, a consultar con mi total consentimiento el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validar mis datos de identificación.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas.

Contratante

Fecha

Asegurado

Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

APROBADO SI NO Nombre del colaborador: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

Fecha: _____