

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:		Celular:	Estado civil:
Profesión / Actividad Económica:		Ocupación Actual:	
Empresa donde Trabaja:		Lugar (es) donde tributa:	
Tel. de Ofic:		Corredor:	
Dirección del Cobro:			

PERFIL FINANCIERO 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), ofamiliar, colaborador o persona de confianza de un PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. _____			
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 financiamientos 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) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. _____			

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: _____

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:
---------	------------

DATOS DEL ASEGURADO

<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:	Celular:	Estado civil:
Profesión / Actividad Económica:	Ocupación Actual:	
Funciones Actuales:	Años en este trabajo:	Ingreso Anual:
Empresa donde Trabaja:	Lugar (es) donde tributa:	
Tel. de Ofic:	Corredor:	
Dirección del Cobro:		
¿Qué otra actividad practica?		¿Qué deportes practica?
¿Qué vehículos maneja?	¿Maneja moto?	¿Es piloto? ¿Toma o ha tomado clases de aviación?
¿Con qué frecuencia viaja en avión?	¿Viaja en avión de línea aérea comercial?	¿Utiliza aviones privados?
¿A que ciudades viaja?	¿Tiene pendiente algún viaje o actividad peligrosa?	Explique:

II. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL (Incluye cobertura en seguros colectivos o de grupo.)

Compañía Aseguradora	Año de Emisión	Suma Asegurada en Vida	Suma Asegurada Muerte Acc.

¿Piensa cancelar algún seguro de vida en vigor? Explique:

¿Alguna vez le han negado, rechazado, diferido, cancelado, modificado o negado la solicitud o la rehabilitación de un seguro de vida, de accidentes o de salud? Si la respuesta es **SI**, indique el nombre de la compañía aseguradora y la fecha cuando sucedió.

¿Tiene pendiente alguna solicitud o alguna rehabilitación de seguro de vida en otra aseguradora? Si la respuesta es **SI**, indique el nombre de la compañía aseguradora, la suma asegurada y la fecha.

III. PLAN DE SEGURO SOLICITADO

Modelo de Póliza:	Suma Asegurada:	Modo de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual
Prima pagada con esta solicitud: B/. _____ <input type="checkbox"/> Al contado <input type="checkbox"/> Cheque # Banco:		

IV. COBERTURAS y ENDOSOS ADICIONALES

<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento B/.	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente B/.
<input type="checkbox"/> Exoneración del pago de primas por incapacidad	<input type="checkbox"/> Beneficio para Enfermedades Graves B/.
<input type="checkbox"/> Aditamento para Acreedor Hipotecario	<input type="checkbox"/> Otros

V. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Beneficiarios Principales	Edad	Parentesco	%	Beneficiarios	Edad	Parentesco	%

Instrucciones Especiales:

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ con Cédula de Identidad Personal # _____, y en su defecto a _____ con Cédula de Identidad Personal # _____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona (s) como beneficiario(s) de este seguro.

VI. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE CUANDO NO SE REQUIERE EXAMEN MÉDICO Y EL CORREDOR TIENE LA DEBIDA AUTORIZACIÓN. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CIRCULE LA CONDICIÓN Y DÉ DETALLES EN LA COLUMNA DE EXPLICACIÓN QUE SIGUE A CADA PREGUNTA. (Incluya diagnóstico, fecha, duración, nombres y direcciones de todos los médicos que intervinieron y la institución de salud donde estuvo recluso).

¿Ha recibido alguna vez tratamiento para, o le han indicado que ha sufrido de:	SÍ	NO	Explicación
Cualquier enfermedad en los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, convulsiones, epilepsia, dolor de cabeza, defecto del habla, parálisis o ataques, enfermedad mental o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiración entrecortada, ronquera o tos persistente, esputos sanguíneos, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otra enfermedad respiratoria crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en el pecho, angina, valvulopatías, palpitaciones, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque del corazón u otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio o sufre de presión alta o baja??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ictericia, sangrado intestinal, úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, hemia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otra enfermedad del estómago, páncreas, hígado o vesícula, los intestinos o del recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, infecciones urinarias, hematuria, litiasis renal, enfermedad venérea, herpes genital, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga próstata u órganos reproductores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes, tiroides, bocio u otra enfermedad de las glándulas endocrinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o enfermedad de los músculos, huesos, incluyendo la columna vertebral, espalda, las articulaciones o coyunturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias, enfermedad de la piel, deformidad, cojera o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ASEGURADORA ANCIÓN, S.A.

Apartado 55-1702, Paitilla, Panamá
Teléfono: 210-8700 Fax: 210-8790

Recibo N° _____

RECIBO CONDICIONAL

Recibí de _____ con Cédula/RUC N° _____ la suma de _____

(B/ _____), para ser aplicada al pago de la PRIMERA PRIMA del seguro de vida correspondiente a: _____ con B/ _____. El pago arriba indicado es el que el Asegurado Propuesto acuerda pagar en la Parte II de esta solicitud. Este recibo queda sujeto a los términos y condiciones que siguen a continuación.

Lugar y fecha de pago: _____

Firma del Corredor de Seguros _____

Enfermedad de las glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias, hemofilia, anemia u otra enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez ha tenido alguna enfermedad física o mental no mencionada arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

¿Ha hecho uso excesivo de alcohol, tabaco o cualquier droga que cree hábito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha utilizado tabaco (cigarrillos o habanos) en alguna forma durante los últimos doce meses? ¿Cuántos fuma al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha donado o se ha hecho alguna prueba de sangre o recibido transfusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado o tratado por SIDA o AIDS (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida); Síndrome Relacionado (ARC-"Aids-Related Complex"); o cualquier otro desorden inmunológico? ¿Le han efectuado alguna prueba del SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha consultado algún médico o algún psiquiatra durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique su peso y estatura. ¿Ha sufrido algún cambio en peso durante el pasado año? ¿Cuántas libras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PESO: _____ lbs. ESTATURA _____ m.

Durante los últimos cinco (5) años:

¿Se ha sometido a exámenes de laboratorio, rayos-x, o cualquier otra prueba médica, examen físico por un médico, sufrido alguna enfermedad, lesión o intervención quirúrgica o ha estado internado en algún hospital o centro de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha recomendado someterse a pruebas diagnósticas, o que se hospitalice o que se someta a una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento, observación médica, o toma algún medicamento o anticonceptivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En alguna ocasión ha solicitado o recibido una pensión, beneficios o pago debido a lesión, enfermedad o incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique el nombre, dirección y teléfono del médico que regularmente consulta.

Si es mujer, conteste las siguientes preguntas:

¿Está embarazada? En caso afirmativo, indique cuantos meses tiene y anote el nombre, dirección y teléfono de su ginecólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha padecido alguna vez de trastornos de la menstruación, embarazo de alto riesgo, abortos, partos prematuros o problemas de los órganos femeninos, los senos o hemorragias vaginales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. HISTORIA FAMILIAR

Indique si en su familia ha habido o hay casos de tuberculosis, diabetes, cáncer, presión alta, enfermedad de los riñones, enfermedad mental o suicidio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Edad (si vive)	Edad al morir	Causa de la muerte	Hermanos	¿Cuántos vivos?	¿Cuántos muertos?	Causa de la muerte
Padre							
Madre				Hermanas			

DATOS DE COBRANZA

FORMA DE PAGO

Responsable de pagos <input type="checkbox"/> Igual al contratante de la póliza <input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza <input type="checkbox"/> El responsable del pago es distinto, favor: completar: Cédula / Pasaporte o RUC: _____ Nombre Completo _____ Si el responsable de pago es distinto al contratante asegurado deberá completar un formulario con sus datos creación o actualización.	a) Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales) Visa _____ Master Card _____ Dinners _____ American Express _____ No. de tarjeta _____ Banco: _____ Fecha de expiración: _____ (mm/aaaa)	<input type="checkbox"/>
	b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)	<input type="checkbox"/>
	c) Remesa (solo corredor autorizado)	<input type="checkbox"/>
	d) Directo en caja (segun cantidad de pagos establecidos en el plan de negocios actual)	<input type="checkbox"/>
	Cantidad de pago: Un pago anual _____ pagos mensuales	Día de pago: _____ Segun fecha de emisión de su póliza.

Cuenta para pago de indemnizaciones u otros:
 Nombre titular de la cuenta: _____ Banco: _____
 Tipo de cuenta: Cuenta de ahorros _____ Cuenta corriente _____ No. de la cuenta: _____

Los beneficios cubiertos bajo esta póliza serán pagados al Asegurado Principal. En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, cualquier indemnización acumulada y no pagada, devolución de prima o cualquier otro pago que corresponda en razón de esta póliza de seguro, será pagadera a:

Nombre: _____ Cédula o Pasaporte: _____

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 medicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza. Las condiciones pre existentes no declarados de la solicitud no serán cubiertas en ningún momento

IX. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO PROPUESTO

Declaro y hago constar por este medio, que todas las declaraciones y respuestas contenidas en todas las partes de este formulario de solicitud de seguro de vida, así como aquellas hechas al Médico Examinador durante el examen médico requerido por la Compañía, son completas y veraces. Que no he ocultado detalles importantes relacionados con mi estado de salud, y convengo : 1) que la Compañía dispondrá de treinta (30) días hábiles para considerar y darle curso a la presente solicitud, 2) que si se emitiera la póliza, ésta no entrará en vigor hasta tanto no me haya sido entregada personalmente y haya sido aceptada por mí, mientras me encuentre en vida y en buena salud y haya sido pagada la primera prima; 3) que en caso que se emita la póliza en virtud de esta solicitud, las declaraciones y respuestas contenidas aquí y en el formulario del examen médico forman parte del contrato entre la Compañía y el (la) suscrito(a), cuyos originales reposarán en expediente a mi nombre en los archivos de la Compañía.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Propuesto Asegurado _____ Contratante (si no es el Asegurado Propuesto) _____ Testigo (Corredor de Seguros) _____

X. DECLARACIÓN DEL CORREDOR

¿Conoce usted bien al Asegurado Propuesto? _____ ¿Desde que fecha y en que capacidad? _____
 ¿Cuáles son los ingresos anuales del Asegurado Propuesto y de que actividades los recibe? _____
 ¿Cuál es la necesidad que busca cubrir el seguro aquí solicitado? _____
 ¿Con quién reside el Asegurado Propuesto? _____ ¿Tiene cónyuge? _____ ¿Cuál es su nombre completo? _____
 ¿Su edad? _____ ¿Tiene seguro de vida en vigor? _____ ¿Qué suma asegurada? _____ Si no tiene, ¿porqué no? _____
 ¿Tiene hijos? _____ Indique cuantos y la edad de cada uno. _____ ¿Conoce usted algún problema de salud o sobre el aspecto físico o de cualquier otro hecho que podría afectar el riesgo y que no ha sido declarado en esta solicitud? _____
 Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al solicitante como sujeto de ser asegurado para los propósitos del seguro por él solicitado.

Firma del Corredor: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO**AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL**

Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital, Caja de Seguro Social o cualquier institución de salud, en cualquier parte del mundo donde me hubiesen prestado servicios, para que suministre a **ASEGURADORA ANCÓN, S.A.** cualquier información médica, incluyendo datos y antecedentes patológicos o información que reposa en pruebas laboratorio, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registro profesionales referentes a mi salud, incluyendo suministrar copia fotostática de los mismos, para lo cual, relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dichos informes o su copia.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Propuesto Asegurado

Testigo (Corredor de Seguros)

Panamá ___ de _____ de _____

Doctor
 Director Médico
 Caja de Seguro Social
 Ciudad

Yo, _____ con Seguro Social N° _____
 Sobre la base de lo que dispone el Artículo 84-D de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, solicito a usted, muy respetuosamente, que me suministre los datos requeridos en el formulario que le adjunto.

Atentamente,

Firma: Asegurado Propuesto

Testigo Corredor de Seguros

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

- Este seguro surtirá efecto condicionalmente hasta una suma máxima de B/.100,000, desde la fecha de la solicitud (cuando no media un examen médico), o la fecha del examen médico cuando éste es requerido, sujeto a las estipulaciones señaladas en la solicitud del seguro, siempre que se presenten pruebas satisfactorias de asegurabilidad a la Compañía, que confirmen que el Propuesto Asegurado era un riesgo normal, de acuerdo a las normas de la Compañía que rigen con respecto a la aceptación de riesgos y que la solicitud era también aceptable bajo los reglamentos y normas de aseguramiento de la Compañía para el plan y la suma asegurada solicitada. Quedan expresamente excluidos de esta protección provisional, cualesquiera contratos suplementarios que hayan sido solicitados en complemento del seguro de vida básico.
- Si dentro de sesenta (45) días hábiles, a partir de la fecha de esta solicitud, el Asegurado Propuesto no recibiera la póliza o si no se le notificara su aprobación o rechazo durante tal período, la misma se considerará rechazada y la Compañía reintegrará al Asegurado Propuesto o al Contratante la suma pagada por él. Esta devolución invalidará automáticamente este recibo condicional.
- Este 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, el número de este recibo y de la solicitud, sean iguales.

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