



Compañía de Seguros, S.A.

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

F-PRO-03. V1

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el Departamento de Productos para emitir pólizas de Vida Individual.

Los datos requeridos en esta solicitud deberán completarse cuidadosamente, a BOLÍGRAFO NEGRO, siguiendo las instrucciones detalladas en esta solicitud y sin efectuar tachaduras ni correcciones con líquido corrector.

IMPORTANTE: LA SOLICITUD DEBE ESTAR FIRMADA POR EL PROPUESTO ASEGURADO Y CONTRATANTE

Datos del Intermediario

Agente: _____ Supervisor: _____ Gerente de Agencia: _____

A. Datos Generales del Asegurado:

Nombre: _____	Dirección Residencial: _____
Cédula: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Teléfonos (incluir código de país en caso de extranjeros):
País de Nacimiento: _____	Residencial: () _____
¿Es usted ciudadano o residente o posee nacionalidad EEUU?	Laboral : () _____
NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Celular: () _____
Especifique: _____	Fax: () _____
Edad: _____	Dirección postal: _____
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Lugar de Empleo: _____
Estado civil: _____	Tiempo en el empleo: _____
Categoría de Profesión primaria (Ver detalle adjunto): _____	Dirección Oficina: _____
Salario anual de esa profesión: _____	Correo electrónico: _____
Categoría de Profesión secundaria (Ver detalle adjunto): _____	Referencias Personales: _____
Salario anual de esa profesión: _____	1. _____ Tel: _____
	2. _____ Tel: _____

B. Historial de Riesgos:

- ¿Cuál es su profesión actual? (favor incluir cualquier trabajo a tiempo parcial) _____
- Si trabaja con máquinas o en situaciones que pueden ser consideradas riesgosas, favor detalle: _____
- Cuál fue su profesión antes de la actual? _____
- Ha cambiado de profesión por razones de salud? No Sí Por qué? _____
- Practica deporte alguno, aunque sea ocasionalmente? No Sí Cuál? _____
Si contestó "sí", favor indique a qué nivel: Profesional o Novato: _____
- Participa o va a participar en competencias o concursos? No Sí Cuál? _____
- Vuela en helicópteros o aviones privados o es piloto? No Sí
- Ha sido suspendida su licencia de piloto de aeronave o de conducir? No Sí Por qué? _____
- ¿Tiene o ha tenido procedimientos administrativos o judiciales? No Sí
Si es así, por qué motivo y con qué resultado? _____
- Es zurdo? No Sí
- Viajó o vivió en el extranjero en los últimos tres años? No Sí
Si contestó "sí", indicar dónde y por cuánto tiempo: _____
- Viajará o vivirá en el extranjero en el futuro? No Sí
Si contestó "sí", indicar dónde y por cuánto tiempo: _____

C. Historial de Seguros:

13. Razón por la cual está solicitando esta póliza:

A) Cobertura personal	B) Cobertura empresarial	Para cualquiera de las opciones seleccionadas, describa en detalle la razón de la necesidad del seguro: _____ _____ _____ _____
Protección Familiar <input type="checkbox"/>	Hombre clave <input type="checkbox"/>	
Cobertura para la vejez <input type="checkbox"/>	Cobertura de préstamo <input type="checkbox"/>	
Impuestos de sucesión <input type="checkbox"/>	Compra y venta <input type="checkbox"/>	
Garantía de préstamo <input type="checkbox"/>	Otro (detallar) <input type="checkbox"/>	

Otro (detallar)

- Si el asegurado no es el contratante/dueño favor indicar el interés asegurable _____

14. Tiene otras pólizas en vigor (vida, accidentes, incapacidad, enfermedades graves o de salud)? No Sí
- Si respondió que "sí" entonces por favor detallar el tipo, suma asegurada, prima anual, fecha de vigencia, fecha de vencimiento, condiciones de aceptación (normal o recargada con una sobremortalidad de% o de\$ por millar, con limitaciones, por profesión, con límites de suma asegurada, con vigencia reducida, con exclusiones, cuáles?, favor incluir detalles: _____

15. Ha sido usted rechazado, cancelado, aplazado o recargado en alguna póliza de vida, accidentes, salud, incapacidad, enfermedades graves?, favor incluir detalles: _____

16. ¿Tiene usted pendiente alguna solicitud o rehabilitación? De ser así, favor incluir detalles del tipo de solicitud, suma asegurada, la prima y aseguradora. Favor incluir detalles: _____

17. ¿Piensa usted cancelar su seguro de vida actual? No Sí ¿Por qué? _____

D. Primas y Plan

Plan: _____ Cantidad asegurada: \$ _____

Monto de Pago: Voluntario Frecuencia: Anual Bimestral
 Por cobro Semestral
 Descuento salario Trimestral
 Descuento Banco (ACH) Mensual
 Tarjeta de Crédito Quincenal

Dirección y día de cobro: _____

Prima planeada: \$ _____ PRIMA BÁSICA ANUALIZADA. \$ _____

DEPÓSITOS: Año 1: \$ _____ Otros años: \$ _____ Opción: _____ A (BENEFICIO NIVELADO)
 B (BENEFICIO INCREMENTADO)

CONTRATOS SUPLEMENTARIOS:

Exoneración de Pago de Primas _____ Renta por incapacidad \$ _____ Años _____
 Gastos Médicos _____ Muerte Acc.-Desmembramiento – Cantidad \$ _____
 Renta a Término a edad _____ \$ _____
 Renta por Incapacidad diaria _____ Renta Hipotecaria _____ /con Desempleo _____
 Asegurado adicional _____

E. Designación de Beneficiarios: ¿Es alguno de los Beneficiarios Ciudadano o Residente o con Nacionalidad EEUU? Especifique:

Principales

Primer Apellido/ Segundo Apellido	Primer Nombre/ Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Cédula	Edad	%

Contingentes

Primer Apellido/ Segundo Apellido	Primer Nombre/ Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Cédula	Edad	%

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, esta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, de igual forma aplica para los beneficiarios contingentes, si fuera el caso. Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ con cédula de identidad personal No. _____, o en su defecto a _____ con cédula de identidad personal No. _____ a quien (es) he instruido sobre la forma en que deberá (n) disponer de los dineros que reciba (n) de ASSA Compañía de Seguros S.A., en adelante La Compañía; sin que por esta razón deba considerarse a esta (s) persona (s) como beneficiario (s) de este seguro. Entiendo y acepto que La Compañía no asume la responsabilidad alguna, ni tiene la 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.

Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a La Compañía única y exclusivamente, cuando hubiese sido notificado por escrito a esta última y registrado en los archivos de La Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados a acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio del beneficiario.

HAGO CONSTAR, por este medio que todas las declaraciones y respuestas: (1) contenidas en este formulario de solicitud, (2) así como las hechas por mí al Médico Examinador de La Compañía en el examen correspondiente, son completas y veraces. Que no he ocultado detalles importantes relacionados con mi estado de salud, y CONVENGO (1) Que La Compañía dispondrá de 60 días para considerar y dar curso a la presente solicitud, (2) Que si se emitiere la Póliza, ésta no entrará en vigor hasta tanto no me haya sido entregada mientras me encuentre en vida y haya sido cubierta la primera prima, (3) Que en caso que se emita 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 suscrito, los cuales reposarán en los archivos de La Compañía.

Fechado en _____ el _____ de _____ De 20 _____

Corredor

Contratante/Dueño
 Sólo si es diferente al presupuesto asegurado)

Presupuesto Asegurado

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 sea "SI" especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, duración, gravedad, resultados, nombres con direcciones de médicos, diagnósticos y dirección de hospitales.

**CUESTIONARIO DE SALUD
(Solo para pólizas No – Médicas)**

1. ¿Tiene usted médico de cabecera o médico de familia? No Sí
 Favor anotar su nombre completo, dirección y teléfono _____
 ¿Cuándo y cuál fue la causa de su consulta en el último año? _____
 ¿Tiene usted otro (s) médico (s) con el cual se ha tratado en el último año? Si es afirmativo, detallar el nombre completo, dirección y teléfono: _____

2. ¿Está usted en un buen estado de salud? Sí No
 3. ¿Ha sufrido en el pasado de algunas enfermedades o molestias que no se hayan recuperado completamente? No Sí

Si su respuesta es afirmativa, favor suministrar los detalles en el espacio al final del cuestionario

4. Algún miembro de su familia ha sufrido de tumores malignos, enfermedades del corazón, infartos, derrames, hipertensión arterial, gota, dislipidemias, diabetes, tuberculosis, alcoholismo, suicidio, epilepsias o cualquier otro desorden mental, nervioso o hereditario? No Sí
 5. Sufre usted actualmente de alguna enfermedad psicológica o está usted incapacitado? No Sí
 6. Indicar sus medidas simétricas: estatura: cms _____ Pies/Pulg _____ Peso: Kgs: _____ Lbs: _____

7. Indicar su presión arterial: Sist: _____ Diast: _____ mmHg
 8. ¿Sufre usted o ha sufrido de alguno de los padecimientos siguientes? Responda marcando sí o no. Suministrar los detalles especificando tipo, fechas, duración, tratamiento, resultados y recaídas:

a. Enfermedades respiratorias (tales como asma, enfisema, tuberculosis y otras)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
b. Enfermedades del corazón y del sistema circulatorio (tales como malformaciones congénitas, enfermedades isquémicas del corazón, valvulopatías, arritmias cardíacas, infartos de miocardio o angina de pecho, enfermedades del miocardio o pericardio, hipertensión arterial, fallas del corazón, enfermedades de las venas o arterias, otros)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
c. Enfermedades que involucran el aparato digestivo (tales como enfermedades del esófago, úlcera gástrica o duodenal, gastroduodenitis, hemorragias gastrointestinales, colitis ulcerativa, pólipos, hemorroides, padecimientos crónicos inflamatorios de los intestinos, problemas del hígado, problemas de bilirrubina o de la bilis, problemas del páncreas u otros)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
d. Algún tomar maligno o benigno	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
e. Enfermedades del sistema nervioso o mental (como epilepsias, parálisis, depresión, alcoholismo, intentos de suicidio, accidentes cerebro vasculares y otros)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
f. Enfermedades del sistema musculo esquelético (enfermedad de los huesos, articulación, espina dorsal y otros)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
g. Enfermedades de los ojos (glaucoma, enfermedades de la retina y otros)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
h. Enfermedades ginecológicas, o del tracto genitourinario?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
i. Enfermedades de la tiroides, obesidad, dislipidemias, trastornos hormonales, Diabetes, gota u otros	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
j. Otras enfermedades	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>

9. Ha variado su peso más de 10 lbs en los últimos 2 años? En caso afirmativo, favor explicar posibles causas No Sí
 10. Consume o ha consumido drogas No Sí Está tomando actualmente algún medicamento? No Sí
 11. Recibe o ha recibido usted alguna forma de tratamiento psicoterapéutico? No Sí
 12. Ha sufrido usted de alguna enfermedad o accidente que resulte en una incapacidad? No Sí
 13. Ha sufrido usted alguna lesión o enfermedad por más de 3 semanas en los últimos 5 años? No Sí
 14. Ha sido usted hospitalizado en casa de cuidado, sanatorios u hospitales por enfermedades, cirugías o procedimientos invasivos diferentes de una apendicetomía, tonsilectomía, adenoidectomía, herniorrafía, hemorroidectomía, colecistectomía? No Sí
 15. Se ha sometido a exámenes clínicos (laboratorios, exámenes especiales y otra investigación) que han revelado alguna anomalía? No Sí
 16. Ha sido usted diagnosticado positivo de VIH, Hepatitis B o C? Se ha sometido usted a algún análisis o recibido tratamiento por consecuencia de alguna enfermedad de transmisión sexual o enfermedad tropical, infecciosa o enfermedades de parásitos? No Sí
 17. Ha recibido usted alguna transfusión de sangre o sustituto? Favor detallar razones y fechas No Sí
 18. Ha sido usted rechazado o denegado para donar sangre? No Sí
 19. Le han practicado a usted cualquier radio o quimioterapia? No Sí
 20. Tiene usted pendiente alguna hospitalización (Hospital, clínica, sanatorio, etc) o cualquier cirugía? Cuál? No Sí
 21. Está usted embarazada? No Sí
 22. Fuma usted? Si es afirmativo, cuántos al día? No Sí Cigarros _____ Pipas _____ Tabaco _____
 - Fue usted fumador No Sí Tipo? _____ Cuándo lo dejó? _____
 - Cambió usted su hábito de fumar consejo médico o fue usted aconsejado de dejarlo? _____
 23. Cuántas unidades de licor bebe usted al día? (1 unidad=1/2 pinta de cerveza/grande, 1 vaso de vino, 1 medida de trago): No Sí
 Cerveza _____ Vino _____ Trago _____
 24. Favor indicar cualquier desorden o padecimiento, deformidad o problema no mencionado anteriormente
 Respuesta: _____

Pregunta N°	Detalles (Nombre del Médico, Fecha de inicio, Fecha Terminación, Tratamientos, Estado actual)

DESCRIPCIÓN DE PROFESIONES

Cat. 1

Dueño o Gerente de una compañía que lleva a cabo solo su trabajo administrativo en general; administrador de tienda; miembro de las fuerzas armadas o de la policía cuyas funciones solo implican trabajo administrativo que no usen armas (Civiles); administrador de hotel, operador de turismo solo con funciones administrativas; jubilados o retirados; estudiantes, ama de casa o ama de llaves, maestro, ministro de religión; secretaria; ganadero o agricultor que no trabaja con maquinaria de agricultura; artesano u obrero que no usa maquinaria y que no tiene que trabajar en los techos, andamios, postes, minas o pozos; capataz; contratista; técnico en investigación química encargado de tratar sustancias no explosivas y no venenosas; licenciados en farmacología, abogados, administrativos de la ACP, radiólogo o técnico en radiología trabajando en servicios médicos; doctor trabajando en servicios médicos excepto los cirujanos dentales, o doctores trabajando en medios de primeros auxilios, farmacológico. Sí

Cat. 2

Ganadero o agricultor que trabaja con maquinaria de agricultura; operador de rasqueta, operador de excavadora y retroexcavadora, operadores encargados de molinos; sopla vidrio o corta vidrio; artesano u obrero que tiene que trabajar en los techos y andamios; obrero de Puerto trabajando en muelles y barcos en trabajos generales no específicos; herrero; carpintero. Sí

De ser afirmativo, La Compañía establecerá las condiciones de aceptación del riesgo.

Otras (favor detallar): _____

La Compañía establecerá las condiciones de aceptación del riesgo.

¿Cuál fue su profesión u ocupación en el pasado? _____

¿Usted ha cambiado su trabajo o profesión debido a condiciones de salud o por indicaciones de su médico? No Sí

Subraye su deporte (s) dentro de los indicados a continuación o especifíquelo en el espacio o categoría más adecuada:

Cat. 1

Cero actividad deportiva

Sí

Cat. 2

(Solo como aficionado) Escalar o senderismo, esgrima, deportes de pista y campo, gimnasia artística, buceo sin ataque (no-scuba), bolos; pesca; ciclismo; billar; ping-pong o tenis de mesa; béisbol; fútbol; cricket; golf; hockey; baloncesto; voleibol; rugby; equitación privada; patinaje; ski recreacional, excluyendo fuera de las pistas designadas para este uso; tiro al blanco, arco y flecha, squash; tenis; navegación en vela para fines recreacionales y no transoceánicos.

Sí

Otras Favor detallar: _____

A nivel profesional A nivel aficionado participando o no participando en competencias.

La Compañía establecerá las condiciones de aceptación del riesgo.

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la Primera y Segunda parte conjuntamente. El Propuesto Asegurado suscrito ratifica ser exactas y sinceras las respuestas antes expresadas y no haber omitido, desvirtuando ni ocultando 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 o asistido en dolencias o enfermedades.

Así mismo autorizo a los médicos, clínicas y hospitales o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico, entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera o profesional de la salud que me hubiese prestado sus servicios o tenga información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá o en el extranjero, para que suministre a La Compañía todos los datos y antecedentes patológicos o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos 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, presente o futuro.

Con la suscripción de la solicitud, autorizo la comunicación – también en el extranjero – de los datos, incluidos los sanitarios y financieros a otras personas o entidades tanto nacionales como internacionales, públicas o privadas, con el objetivo de selección del riesgo, estimación del siniestro de liquidación de contrato de seguro de coaseguro, de reaseguro, así como en cumplimiento de aquellos acuerdos que estén obligados a cumplir.

El aquí firmante de generales indicadas en el presente documento, declaro que conozco el carácter de declaración jurada de la información aquí brindada, por lo que declaro bajo juramento que la misma se corresponde con la realidad de los hechos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad, omisión o declaración inexacta y cualquier cambio de circunstancia será reportado a La Compañía dentro de los primeros 30 días de dicho cambio.

Firmada en _____ el _____ de _____ De 20 _____

Testigo: _____
Corredor _____ Contratante/Dueño _____ Propuesto Asegurado _____

Cesión Subsidiaria

Cesionario: _____ Suma: _____

PARA EL CORREDOR: SÍRVASE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- | | |
|--|---|
| 1. ¿Conoce Ud. bien al Propuesto Asegurado? _____ | Preguntas que deberá contestar el Propuesto Asegurado cuando sea mujer. |
| 2. ¿Es Ud. familiar del propuesto asegurado? _____ | 1. ¿ Con quién reside? _____ |
| 3. ¿Qué ingresos derivan de su ocupación? _____ | 2. De ser casada ¿Cuál es el nombre de su esposo? _____ |
| 4. ¿Qué ingresos derivan de otras fuentes? _____ | 3. ¿Qué edad tiene él? _____ ¿Qué ocupación? _____ |
| 5. ¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado? _____ | 4. ¿Qué cantidad de seguro de vida tiene él? _____ |
| 6. ¿Tiene Ud. conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud? _____ | 5. Si él no tiene seguro, ¿a qué se debe? _____ |

Observaciones: _____

Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente, según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo el Propuesto Asegurado para que se le emita el seguro.

Corredor: _____ Gerente de Agencia: _____