

## CUESTIONARIO FINANCIERO

Sumas Aseguradas de 1 millón en adelante incluyendo cúmulos de vida individual en otras aseguradoras

No. de Solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado Propuesto: \_\_\_\_\_

### I. FINALIDAD DEL SEGURO

Protección Familiar

Previsión para la vejez (Jubilación)

Pago de impuesto de sucesión

Seguro Hombre Clave (favor completar la pregunta No.2)

Cobertura de Préstamos (favor completar la pregunta No.3)

Cobertura de Negocios entre socios/compra de acciones (favor completar la pregunta No.4)

Otros Motivos ¿Cuáles? (favor completar la pregunta No.5)

### II. PREGUNTAS

Por favor responda Ud. Cada pregunta de manera completa; no es suficiente poner un "guión":

**1. Si el fin de la póliza consistente en una Protección Personal o una Inversión, por favor dé Ud. Detalles:**

a. Los Ingresos netos (del trabajo y del capital) Incluir declaración de renta personal del último año

\_\_\_\_\_

b. alguna(s) póliza(s) de Vida actualmente en vigor

\_\_\_\_\_

**2. Si se requiere un seguro de Hombre Clave:**

a. ¿Cuál es el tipo de negocio?

\_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos años lleva operando?

\_\_\_\_\_

c. ¿Cuántas personas emplea?

\_\_\_\_\_

d. ¿Por qué se considera al solicitante un Hombre Clave?

\_\_\_\_\_

e. ¿Cómo se ha calculado su valor para la Compañía?

\_\_\_\_\_

f. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando para la Compañía?

\_\_\_\_\_

g. ¿Existe algún contrato de prestación de servicios?

\_\_\_\_\_

h. ¿Qué sueldo o retribuciones ha tenido el Hombre Clave durante los últimos tres años?

\_\_\_\_\_

i. ¿Posee el Hombre Clave acciones de la Compañía? Si es así, ¿qué porcentaje de todo el capital social de la Compañía tiene?

\_\_\_\_\_

j. ¿Existe una decisión de la Junta Directiva u otra autorización escrita para justificar la póliza?

\_\_\_\_\_

k. ¿Existen otras personas clave aseguradas? Si no es así, ¿se tiene la intención de contratar coberturas sobre sus vidas?

\_\_\_\_\_

l. ¿Cuál ha sido el desarrollo de negocios y qué ganancias ha tenido la Compañía durante los últimos dos años? por favor, proporcione los Estados Financieros Auditados.

\_\_\_\_\_

m. ¿Según qué criterio se ha seleccionado el tipo de póliza?

\_\_\_\_\_

n. ¿Tiene usted otra póliza Hombre Clave a favor de la empresa?

\_\_\_\_\_

o. ¿A cuánto asciende el total de la suma asegurada de la póliza en la otra Compañía?

\_\_\_\_\_

**3. Si se requiere seguro para Protección de un Préstamo o como garantía adicional para un Préstamo:**

a. ¿Qué objeto tiene el crédito y quién lo concierta?

\_\_\_\_\_

b. Por favor, de Ud. Detalles sobre:

- el solicitante del crédito (si no es la persona a ser asegurada)

- \_\_\_\_\_
- el importe del préstamo

- \_\_\_\_\_
- la duración del préstamo

- \_\_\_\_\_
- las condiciones de su amortización
- \_\_\_\_\_

c. ¿Quién está contratando la póliza? Si es la persona a ser asegurada, ¿será endosada la póliza Inmediatamente?

\_\_\_\_\_

d. ¿Será garantizada la amortización de préstamo en forma distinta a esta póliza de Vida? Si es así, dé Ud. detalles.

\_\_\_\_\_

e. ¿Representa la contratación de esta póliza de Vida una condición para obtener el préstamo?

\_\_\_\_\_

f. ¿Existen algunos otros préstamos?

\_\_\_\_\_

g. En caso de que el importe y la duración de la póliza difieran de los préstamos, favor dar detalles

\_\_\_\_\_

**4. Si se requiera contratar el seguro como parte de un Convenio entre Socios:**

a. ¿Qué naturaleza tienen las actividades de la Sociedad?

\_\_\_\_\_

b. ¿Qué ganancias anuales ha tenido la sociedad en los últimos dos años? (Por favor proporcione Ud. estados financieros auditados). ¿Qué porcentaje de los beneficios correspondió a la persona a ser asegurada?

\_\_\_\_\_

c. ¿Qué obligación surgen en caso de muerte de la persona a ser asegurada? Si existe un contrato de compra/venta por favor, dé Ud. breves detalles.

\_\_\_\_\_

d. ¿Qué relación existe entre el/los solicitante (s) y la persona a ser asegurada?

\_\_\_\_\_

e. ¿Existen pólizas en vigor que aseguran las vidas de los otros socios? Si no es así, ¿está previsto solicitar un seguro de Vida para ellos?

\_\_\_\_\_

f. Será endosada la póliza, y si es así, a quién?

\_\_\_\_\_

g. ¿Es usted accionista?                      Si                      No                      ¿En que porcentaje del capital de la Empresa?

\_\_\_\_\_

**5. Si se requiere el seguro para otros fines, por favor, dé UD. Las razones en la forma más detallada posible:**

\_\_\_\_\_

Declaro que respondí a todas las preguntas de este cuestionario con todo conciencia, sinceridad, de forma correcta y completa. Soy responsable por la exactitud de las declaraciones, aunque no las haya completado solo (a).

El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ firmado en \_\_\_\_\_

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA A SER ASEGURADA

\_\_\_\_\_  
Firma del Dueño de la Póliza