



Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin tachones, ni correcciones y debidamente firmada por el solicitante para evitar su devolución.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Cédula/Pasaporte:				Seguro Social N°:			
Fecha de Nacimiento:			Edad:			Estado Civil:	
País de Nacimiento:		Nacionalidad:			Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Teléfono/Celular:				Correo electrónico:			
<i>Información de Residencia del Asegurado</i> País de Residencia:		Provincia:			Distrito:		
Corregimiento:		Ciudad:			Urbanización/Barrio:		
Avenida/Calle:				Edificio:		N° de Casa/Apartamento:	
<i>Información de Ocupación del Asegurado</i> Ocupación:		País de Trabajo:			Actividad económica:		
		Nombre de la empresa donde labora:					
Descripción del trabajo:				Salario Mensual:		Otros Ingresos:	
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Indicar su cargo actual _____ ¿Fue una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Indicar su cargo y el período en el mismo _____ ¿Está Ud. relacionado con alguna Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Indicar persona y parentesco _____ (padre, hermanos, cónyuge, hijos, suegros o socios en cualquier personería jurídica en la que pueda estar inscrito)							

Por este medio autorizo que carguen a mi tarjeta de crédito las primas convenidas		Frecuencia de pago:							
Forma de pago: Cargo a Tarjeta de crédito		ANUAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		MENSUAL <input type="checkbox"/>	
BANCO EMISOR:		VISA <input type="checkbox"/>		MASTERCARD <input type="checkbox"/>					
NÚMERO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								Vence en: mm-aaaa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

CUESTIONARIO MÉDICO Y ESTILO DE VIDA	
LE HAN INFORMADO O DIAGNOSTICADO QUE HA TENIDO ALGUNA VEZ O TIENE (FAVOR SUBRAYAR LO CORRESPONDIENTE)	
1. ¿Goza Usted de buena salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de negativo detalle	2. ¿Es piloto de aviación, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene intención de hacer dichos vuelos en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Ha consumido o consume bebidas alcohólicas, fuma, o ha consumido o consume algún tipo de drogas? En caso afirmativo indique cuanto tiempo, frecuencia y cual(es): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Practica deporte(s), algún pasatiempo de riesgo o extremo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo a la pregunta 4 brinde detalles, y frecuencia
A- ¿Le ha sido alguna vez recargada, aplazada, declinada o cancelada una solicitud de cobertura de vida, accidente o de invalidez? Favor indicar Fechas, nombres de las compañías y causas: RESPONDER:	

COBERTURAS / SUMAS ASEGURADAS / DEDUCIBLES									
MUERTE ACCIDENTAL		Homicidio Culposo - Doloso		Muerte Accidental en Vuelo comercial (como pasajero)		Adelanto para gastos funerarios por muerte accidental		Servicios de asistencia	
B/.		B/.		B/.		B/.		INCLUIDOS	
Prima				Impuesto				Prima Total	

BENEFICIARIOS PRINCIPALES						
CÉDULA/PASAPORTE	NOMBRES	APELLIDOS	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES						
CÉDULA/PASAPORTE	NOMBRES	APELLIDOS	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	%

En caso de que el Asegurado no haya estipulado o fijado porcentajes a repartir entre los Beneficiarios, la indemnización se dividirá (i) en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario Principal que sobrevivan al Asegurado, o (ii) si no sobreviviere ningún Beneficiario Principal, o si sobrevivieren algunos pero no quisieran o pudieran recibir la indemnización, se dividirá en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario Contingente que sobrevivan al Asegurado y que quieran y puedan recibir la indemnización. En caso de que la póliza quede sin Beneficiarios Principales y Contingentes por cualquier causa, la indemnización será pagada a los herederos del Asegurado, así declarados judicialmente por los tribunales competentes de la República de Panamá.

En caso de duda sobre a quién debe pagarse la indemnización, la aseguradora podrá consignar el importe de la indemnización ante los tribunales competentes de la República de Panamá, quedando la Aseguradora desde ese momento, relevada de toda responsabilidad bajo la Póliza.

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiario(s) es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponda será entregado, para su administración, en el caso de mis Beneficiario(s) Principal(es) a: _____ Pasaporte o Cédula _____ y en el caso de mis Beneficiario(s) Contingente(s) a: _____ Pasaporte o Cédula _____, quienes ha(n) sido instruido(s) sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma asegurada que reciba(n) de la Aseguradora.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN

Por la presente declaro que las informaciones y respuestas suministradas por mi persona en esta solicitud de seguro, son exactas, veraces, completas, y que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud ni cualquier otro detalle que sea necesario revelar de conformidad con esta solicitud. Convengo que se consideren como base principal de la Póliza de Vida Individual que pudiese emitir o rehabilitar MULTIBANK SEGUROS, S.A., por motivo de la presente solicitud de seguro (en adelante, la “Póliza”).

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. , sin necesidad de contar con mi autorización previa (i) a pedir cualquier información relacionada con mi estado de salud, a todos los médicos, clínicas, hospitales e instituciones similares o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a las entidades gubernamentales de salud, compañías de seguros, enfermeras o profesionales de la salud que me hayan asistido, me asistieren, o tengan información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá o en el extranjero, para que informen revelen o permitan la verificación de cualquier diagnóstico, documento, informe, registro profesional, reporte, declaración, expedientes clínicos, registros profesionales y/o análisis y suministren copia de los mismos a MULTIBANK SEGUROS, S.A. para el cumplimiento de los requisitos necesarios para la emisión de la Póliza. Relevo de toda responsabilidad a todas las personas listadas en este párrafo (incluyendo a MULTIBANK SEGUROS, S.A.) por proporcionar, compartir, solicitar y/o recibir dichos informes y/o copias fotostáticas en el pasado, presente o futuro.

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa (i) a pedir información relacionada con mi historial crediticio en cualquier momento y todas las veces que lo considere necesario, a la Asociación Panameña de Crédito (“APC”) o a cualquier otra agencia de información de crédito a fin de establecer el riesgo de crédito relacionado con mi persona, y (ii) a suministrar a la APC o a cualquier otra agencia de información de crédito, información del historial de cumplimiento de mis obligaciones como asegurado y/o contratante contraídas con la Aseguradora. Además, relevo de toda responsabilidad a MULTIBANK SEGUROS, S.A., APC y a cualquier otra agencia de información de crédito, derivada de la entrega o solicitud de información relacionada a mi historial crediticio.

Autorizo irrevocablemente e instruyo al corredor de seguros designado en esta solicitud, sin necesidad de contar con mi autorización previa, para que le suministre a MULTIBANK SEGUROS, S.A. información sobre mi estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorio(s) y mi situación financiera, y también para que se le haga y para que entregue cualquier notificación o comunicación con relación al resultado de la evaluación de esta solicitud de seguro. Autorizo por este medio que cualquier comunicación o notificación que MULTIBANK SEGUROS, S.A. me deba hacer por motivo de la Póliza y/o la ley, se le haga y entregue al mencionado corredor de seguros. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y al corredor de seguros designado en esta solicitud de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de la información de que trata este párrafo.

Declaro que los datos consignados en la solicitud de seguro son verdaderos y exactos y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos o cualquier otra información relevante requerida en la solicitud. Acepto que las respuestas anteriores forman parte de la solicitud de seguros, y si en base a las mismas MULTIBANK SEGUROS, S.A. emitiere cobertura mediante una Póliza, esta Póliza será nula y quedará sin efecto (con efecto retroactivo a la fecha de su emisión) si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, en cuyo caso MULTIBANK SEGUROS, S.A. no tendrá la obligación de efectuar pago alguno bajo la Póliza. MULTIBANK SEGUROS, S.A. reserva el derecho a solicitar toda la información que estime necesaria para evaluar la emisión de la Póliza, pudiendo optar por no emitirla.

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa, a solicitar información sobre mis antecedentes penales, procesos judiciales y administrativos que se lleven dentro y fuera de la República de Panamá, con las más amplias facultades para el cumplimiento de verificación de la información por mí Declarada bajo la gravedad de juramento. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y a todos los involucrados en proveerle la información detallada en este párrafo de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de dicha información.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a MULTIBANK SEGUROS, S.A. información sobre mi salud, mi causa de muerte, o mis antecedentes médicos, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y a todos los involucrados en proveerle la información detallada en este párrafo de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de dicha información.

Firma del Solicitante:		Cédula/Pasaporte (Adjunte vigente):	
Fecha: DD/MM/AA ____/____/____			
SUCURSAL:		REFERIDO POR:	