



MAPFRE | PANAMÁ

Solicitud de Seguro de Vida
Conozca a su Cliente - Persona Natural

Ave. La Rotonda y Blv. Costa del Este
Edificio P.H.– GMT-P.B.
Panamá, ciudad de Panamá
Apartado Postal 0816-03629
Teléfonos: (507) 378 3900 Fax: (507) 378 9888
R.U.C.: 597 46-103707 D.V.:98
MAPFRE | PANAMÁ S.A.
www.mapfre.com.pa

Nº

Yo (nosotros) por este medio solicito (solicitamos) un seguro de vida, por lo que declaro (declaramos) bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

DATOS GENERALES									
Tipo de Cliente: Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> No.									
Favor completar un formulario de Conozca a su Cliente adicional: (a). para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b). Por cada Asegurado Adicional mayor de edad									
Primer Nombre		Segundo Nombre			Apellido Paterno				
Apellido Materno					Apellido de Casada/o				
Fecha de Nacimiento		Edad		Cédula / Pasaporte					
Estado Civil					Sexo		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Nacionalidad					País de Residencia				
País de Nacimiento					Reside en Pmá. desde				
Apartado Postal					Correo Electrónico				
Teléfono Residencial					Teléfono Celular				
Dirección Residencial									
		Provincia	Distrito	Corregimiento	Barriada	Calle	Casa o Edificio		
DATOS OCUPACIONALES									
Profesión					Ocupación				
Nombre de la Empresa					Tipo de Contrato Laboral				
Puesto Actual					Ingreso Mensual		Anualizado		
Teléfono de Oficina					Detallar Otros Ingresos				
Apartado Postal					Correo Electrónico				
Dirección de Oficina									
		Provincia	Distrito	Corregimiento	Barriada	Calle	Casa o Edificio		
Tiene obligaciones fiscales con un país que no sea Panamá? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo detalle el(os) País(es)									
Si su respuesta es afirmativa detalle el(los) TIN (Número de identificación contribuyente):									
PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA									
Las personas políticamente expuestas son aquellas personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará persona políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un periodo posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.									
¿Eres una persona políticamente expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Relación/Cargo									
Desde Hasta: Para familiar o estrecho colaborador del PEP: Cédula/Pasaporte:									
DECLARACIÓN									
DECLARO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA LA INFORMACION DE MODO CONFIABLE Y ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS SOBRE LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS.									
POLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00									
El total de las primas anuales que Usted paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00 SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
DECLARACION DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCION									
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO 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									
Ingresos anuales actividad principal <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$									
Ingresos anuales por otras actividades <input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$									
REFERENCIAS (1- Personal, 2- Bancaria, 3-Comercial)									
Nombre o Razón Social		Actividad		Relación con el Cliente		Teléfono de Contacto			
1									
2									
3									

PRIMAS Y PAGADOR

Plan

Opción A

B

C

Datos de Cobro:

D. Banco

T. Crédito

DS 11M

Voluntario

Frecuencia de Pago

Anual

Semestral

Trimestral

Cuatrimstral

Bimestral

Mensual

Prima Periódica:

Prima Periódica pagada con solicitud:

Valor de traspaso:

Prima Extraordinaria pagada con solicitud:

Prima Extraordinaria/Depósito:

Envíese toda correspondencia a:

Asegurado

Contratante

Patrono

Residencia

Asegurado

Contratante

Patrono

Residencia

Envíese los cobros a:

Asegurado

Contratante

Patrono

Residencia

Asegurado

Contratante

Patrono

Residencia

Pagador:

Relación:

Dirección:

Céd. / Pas. o RUC

Ingreso:

Teléfono:

Cel.:

Fax:

E-mail:

BENEFICIOS

	(Marcar Opción Escogida)	✓	Asegurado Propuesto No.1	Asegurado Propuesto No.2
Suma Asegurada de Vida			B/.	B/.
Suma Asegurada de Vida Adicional				
Incapacidad Total y Permanente - Exoneración de pago de primas				
Incapacidad Total y Permanente - Renta Temporal mensual				
Seguro Contra Accidentes <div><input type="checkbox"/> Incluye Lesiones Corporales</div>				
Asistencia Familiar				
Reembolso de Primas al Fallecimiento				
Reembolso de Primas (____%) Indicar Porcentaje			Datos de Banco y monto de cesión:	
Beneficio Complementario de Rescate (BCR)				
A falta de pago de prima autorizo descuento automático, si hay fondos, para pagar primas de esta póliza				

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA (si es a primera muerte) o **BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PROPUESTO No.1** (si es separado)
(La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal, al sobreviviente, o en su defecto al contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentaje).

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Nombre y Apellidos Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombre y Apellidos Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

De ser menor de edad el beneficio se entregará a:

Parentesco

Céd. / Pas.

y como Contigente:

Parentesco

Céd. / Pas.

quien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deberá disponer a favor del menor de la(s) suma asegurada(s) que reciba de la aseguradora.

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA (si es a primera muerte) o **BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PROPUESTO No.2** (si es separado)
(La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal, al sobreviviente, o en su defecto al contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentaje)

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Nombre y Apellidos Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombre y Apellidos Completo	Céd. / Pas. o RUC	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

De ser menor de edad el beneficio se entregará a:

Parentesco

Céd. / Pas.

y como Contigente:

Parentesco

Céd. / Pas.

quien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deberá disponer a favor del menor de la(s) suma asegurada(s) que reciba de la aseguradora.

TIENE PÓLIZA DE SEGURO DE: Vida

SI

NO

, Accidentes Personales

SI

NO

, Hospitalización y Gastos Médicos

SI

NO

, En caso afirmativo, detallar:

COMPañÍA	AÑO EMISIÓN	SUMA ASEGURADA	MUERTE ACCIDENTAL	ASEG. PROPUESTO No.1	ASEG. PROPUESTO No.2	INDICAR SI ES REEMPLAZO

Nº

Según su leal saber y entender algunos de los Asegurados Propuestos ha informado que ha tenido, cualquiera de los siguientes padecimientos (subraye la parte pertinente que aplique a las repuestas afirmativas)

Dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, gravedad, síntomas, resultados, nombre y dirección de los médicos tratantes en la parte inferior de la página.

Según su leal saber y entender algunos de los Asegurados Propuestos ha informado que ha tenido, cualquiera de los siguientes padecimientos (subraye la parte pertinente que aplique a las repuestas afirmativas)		ASEGURADO No. 1		ASEGURADO No. 2	
Dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, gravedad, síntomas, resultados, nombre y dirección de los médicos tratantes en la parte inferior de la página.		ESTATURA <input type="text"/>		ESTATURA <input type="text"/>	
		PESO <input type="text"/>		PESO <input type="text"/>	
1. ¿Tiene Ud. algún menoscabo de la vista u oído? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
2. ¿Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (Subraye la frase pendiente).		Sí	No	Sí	No
a. ¿Presión arterial elevada, soplos, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, angina, ataque del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedades vasculares?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cáncer, leucemia, tumor, quiste, crecimiento de CUALQUIER clase de células basales, células escamosas, melanoma, próstata o conductos genitourinarios, mamas, colon?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Pneumonia, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fiebre de heno o CUALQUIER trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID hace menos de 1 año?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ataque o trastorno cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o CUALQUIER trastorno mental o nervioso, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Fiebre reumática, reumatismo, fiebre inexplicable, artritis, gota, neuritis, ciática o CUALQUIER trastorno de la espalda, columna vertebral, huesos, articulaciones, rodillas o músculos? ¿Pérdida de peso sin motivo, frecuentes sudores nocturnos e inflamación de los ganglios linfáticos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Diabetes o azúcar en orina, bocio, problemas o síntomas en la tiroides, glicemia elevada y/o CUALQUIER enfermedad de Metabolismo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Molestia estomacal, diarreas de larga duración, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastorno de vesícula o el hígado, hemorroides, hepatitis, (detallar que tipo de hepatitis presentó), colitis, ileitis ulcerativa, diverticulosis, polipos y/o cualquier otra molestia intestinal.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Nefritis o albúmina en orina, sangre oculta en orina, cálculos de los riñones, vejigas o vías urinarias o CUALQUIER trastorno de los riñones, testículos, próstata o conductos genitourinarios, enfermedades venéreas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Electrocardiogramas, exámenes de rayos x, tratamientos de rayos X o de radio? ¿Por qué? (Indique los resultados).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Según su leal saber o entender padece Ud. ahora algún menoscabo físico, deformidad o padece alguna enfermedad? ¿Hemofilia o algún trastorno de la coagulación de la sangre, Anemia falciforme, portadora? Ha donado o recibido transfusiones de sangre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Ha recibido Ud. exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna Clínica, o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico, o alguna prueba de diagnóstico que no ha llevado a cabo, o ha estado recluido en algún hospital fuera de lo declarado aquí?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. PARA HOMBRES (De 40 años en adelante): Nombre y dirección del urólogo _____ Fecha _____ Resultado de su último chequeo prostático y PSA _____					
4. ¿Tiene alguna operación programada para dentro de los próximos dos (2) años? En caso afirmativo. Dé fecha, nombre del cirujano y tipo de operación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha fumado alguna vez pipa, cigarrillo o utilizado tabaco en cualquier forma? a). ¿Cuántos cigarrillos o productos de tabaco fuma o utiliza al día? Desde Cuando: _____ b). Si dejó de fumar o utilizar productos de tabaco, ¿hace cuanto tiempo? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ingiere licor? a. ¿Con qué frecuencia? Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> b. ¿Cuántos vasos o copas ingiere? c. ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor, drogas o narcóticos? De detalles _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se le ha efectuado la prueba del SIDA, ¿Dónde? y resultados. De Detalles _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. PARA MUJERES: (Nombre del Ginecólogo _____) a. ¿Está Ud. embarazada? Si es así, Fecha probable de parto _____) b. ¿Ha tenido parto? En caso afirmativo: ha tenido algún embarazo anormal, aborto, parto prematuro o por cesárea? Detallar _____ c. Ha tenido Ud. o le han informado tener algún tumor o trastorno de las mamas, trompas, ovarios o del útero o CUALQUIER trastorno de los órganos femeninos? d. ¿Se ha realizado frotis cervical (Papanicolaou) si la respuesta es afirmativa, detalle la fecha y resultado del mismo; si fue anormal cual fue el diagnóstico? e. ¿Se le ha realizado histerectomía? Indique el motivo de la misma y fecha en que se lo realizó. Adjuntar Patología _____ f. ¿Se ha realizado mamografía y ultrasonido de mamas. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]

Si alguno de sus familiares a fallecido indicar la causa y edad al fallecimiento.

	<u>PARENTESCO</u>	<u>EDAD SI VIVE</u>	<u>EDAD AL FALLECIMIENTO</u>	<u>CONDICION DE SALUD ACTUAL Y / O CAUSA DEL FALLECIMIENTO</u>
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 1				
Aseg. Propuesto No. 2				
Aseg. Propuesto No. 2				
Aseg. Propuesto No. 2				
Aseg. Propuesto No. 2				

1. ¿Tiene licencia de piloto? Si es afirmativo, indique fecha de expedición. ¿Ha pilotado o piensa pilotear alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas?
En caso afirmativo, sírvase completar el cuestionario:
Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐
Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ No ☐
2. ¿Maneja Moto? Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐
Detallar: _____
Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ No ☐
Detallar: _____
3. ¿Práctica algún deporte? Si es afirmativo indique cual (es): Aseg. Propuesto No. 1 Sí ☐ No ☐
Detallar: _____
Aseg. Propuesto No. 2 Sí ☐ No ☐
Detallar: _____

REPORTE DEL CORREDOR

1) Conozco al Prospecto Asegurado No. 1 (escoja uno)

Bien, por _____ años

☐ Casualmente, por _____ años

☐ Parentesco (_____)

☐ Conocido en el trámite de la venta.

a. Ingresos anuales del Prospecto Asegurado No. 1: B/. _____ Año previo B/. _____ Profesión _____

b. ¿Qué tipo de trabajo realiza? _____ ¿A qué se dedica la empresa donde trabaja? _____

2) Conozco al Prospecto Asegurado No. 2 (escoja uno)

Bien, por _____ años

☐ Casualmente, por _____ años

☐ Parentesco (_____)

☐ Conocido en el trámite de la venta.

a. Ingresos anuales del Prospecto Asegurado No. 2: B/. _____ Año previo B/. _____ Profesión _____

b. ¿Qué tipo de trabajo realiza? _____ ¿A qué se dedica la empresa donde trabaja? _____

3) Para las siguientes preguntas respecto al solicitante: Usted ha investigado o tiene conocimientos el solicitante:
Si la respuesta es "Sí" de detalles en el espacio indicado

ASEG. PRO[UESTO No. 1

SÍ

NO

ASEG. PRO[UESTO No. 2

SÍ

NO

(a) ¿Es miembro del gobierno, elegido o nombrado, activo en alguna forma en la política local o nacional?

☐

☐

☐

☐

(b) ¿Presenta o ha presentado dificultades domésticas, personales o financieras?

☐

☐

☐

☐

(c) ¿Sospecha de vínculos con el narcotráfico o lavado de dinero, o enriquecimiento de procedencia dudosa?

☐

☐

☐

☐

(d) ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada, asaltos; tiene enemistades?

☐

☐

☐

☐

(e) ¿Ha sido víctima de amenazas, intentos de asesinato o secuestro?

☐

☐

☐

☐

(f) ¿Ha estado preso(a) alguna vez por delitos comunes o por política?

☐

☐

☐

☐

(g) ¿Ha presentado infarto al miocardio?

☐

☐

☐

☐

(h) ¿Ha padecido o padece de Asma?

☐

☐

☐

☐

(i) ¿Ha padecido o padece de Cáncer?

☐

☐

☐

☐

(j) ¿Ha presentado algún tipo de tumor benigno o maligno?

☐

☐

☐

☐

(k) ¿Padece de Diabetes o problemas de azúcar en la sangre?

☐

☐

☐

☐

(l) ¿Ha presentado problemas psiquiátricos o psicológicos?

☐

☐

☐

☐

(m) ¿Ha sido o es actualmente alcohólico(a) o bebedor habitual, o ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alcoholismo, droga?

☐

☐

☐

☐

(n) ¿Conoce o ha investigado alguna circunstancia desfavorable anterior o actual relativa a su salud, costumbre, reputación, carácter o modo de vida que pueda afectar la asegurabilidad?

☐

☐

☐

☐

DETALLE PROSPECTO ASEGURADO No. 1 _____

DETALLE PROSPECTO ASEGURADO No. 2 _____

Por este medio declaro bajo la gravedad de juramento, en mi calidad de Corredor Profesional de Seguros que a mi leal saber y entender la información aquí suministrada por el cliente o contratante es veraz y completa.

Nombre del Corredor: _____ Firma de Corredor _____

Cedula: _____ Licencia No.: _____ En caso de bróker nombre de la persona encargada y sello del mismo: _____

RECIBO PROVISIONAL

Recibí de _____

la suma de _____ (B/. _____), para aplicarse a la PRIMERA PRIMA del seguro de vida que ha solicitado a la Compañía, según formulario del mismo número y fecha de este recibo.

La cantidad antes indicada corresponde a la que el solicitante declare haber pagado en la solicitud.

Este recibo está sujeto a los términos y condiciones al reverso del mismo.

Lugar y Fecha _____

Nombre del Corredor _____

Firma del Corredor _____

(SI PAGA CON CHEQUE, FAVOR HACERLO A NOMBRE DE MAPFRE | PANAMÁ, S.A.)

SOLO PARA SEGURO DE VIDA



SOLICITUD de INCENDIO y/o MAPFRE HOGAR

CARACTERÍSTICAS GENERALES (Aplica sólo para planes Vida que contengan las coberturas que a continuación se mencionan)

Dirección del Riesgo						
	(Provincia)	(Distrito)	(Corregimiento)	(Barriada)	(Calle)	(Casa/Edificio)
Tipo de empresa/ocupación						
Vigencia	Desde:	(día)	(mes)	(año)	Hasta:	(día) (mes) (año)
Coberturas	<input type="checkbox"/> INCENDIO - Edificio: Incendio y Rayo, Remoción de Escombros, Explosión, Impacto de vehículo, Vendaval, Inundación, Daños por Agua o por desbordamiento del mar, Terremoto. <input type="checkbox"/> MAPFRE HOGAR - Contenido (Enseres)					
Acreedor Hipotecario						

CARACTERÍSTICAS DEL BIEN ASEGURAR

☐ INCENDIO - Edificio

☐ MAPFRE HOGAR - Contenido

Suma Asegurada:		Tasa:		Suma Asegurada:		Tasa:	
Descripción de la estructura:				Descripción del contenido:			
Edificio:	N° de pisos:	Finca:	Tomo:	Folio:			
Tipo de construcción	Paredes de:	Piso de:	Techo de:				

MEDIDAS DE SEGURIDAD

<input type="checkbox"/> Verjas de hierro en ventanas	<input type="checkbox"/> Verjas de hierro en puertas	<input type="checkbox"/> Puerta(s) de seguridad en los accesos
<input type="checkbox"/> Portero eléctrico	<input type="checkbox"/> Alarma contra robo	<input type="checkbox"/> Garita de seguridad
<input type="checkbox"/> Perímetro cercado	<input type="checkbox"/> Guardia de seguridad / celador	
<input type="checkbox"/> Otros (describa) _____		

Observaciones

--

- Los datos de esta solicitud son válidos para la emisión de la(s) póliza(s) Individual(es) de INCENDIO y/o MAPFRE HOGAR.
- Esta solicitud solo aplica para aquellos corredores con licencias vigentes aprobadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.**

TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE RECIBO

La Compañía no asume responsabilidad alguna mientras no haya emitido una póliza por el seguro en que solicita en el formulario al que corresponde este recibo y dicha póliza haya sido entregada estando el asegurado en vida. Si la Compañía rechaza o declina la solicitud, o la emite bajo condiciones que no sean aceptables por el solicitante, la suma indicada en este recibo le será devuelta a aquél contra entrega del mismo a la Compañía. Si dentro de los quince días siguientes a la fecha en que firmó la solicitud no se recibiere ningún aviso de la Compañía en la relación a la misma, el solicitante debe dirigirse por escrito suministrando los datos correspondientes a este recibo. Si algún cheque, giro u otra obligación se da en pago de esta primera prima, este recibo será nulo y sin efecto si tal cheque, giro u obligación no fuere pagado a su presentación; en consecuencia si se hubiere emitido póliza de seguro de vida en base a este recibo, ésta también será nula sin efecto.