

Fecha (mm/dd/aaaa):

DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Apellido de Casada:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	C.I. / Pasaporte:	Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) :			Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento:		
Estado Civil:		Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:						Casa / Edificio:	
Piso:	Apto. Nro.:	Urbanización / Sector:		Provincia:		Apdo. Postal:	País:		
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Dirección de Correo Electrónico:					
Fax:		Profesión:		Ocupación Actual:		Describa sus funciones:			
Tiempo que lleva en esta ocupación:		Otras ocupaciones actuales:			Ocupaciones anteriores:				
Empresa donde trabaja:									

Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):

1. 2. 3. 4.

DATOS DEL CONTRATANTE (Si es diferente al PROPUESTO ASEGURADO)

Nombres y Apellidos / Razón Social:				Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		C.I. / Pasaporte / R.U.C.:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) :			Nacionalidad:		Fecha de Nacimiento:		
Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:									
Casa / Edificio:	Piso:	Apto. Nro.:	Urbanización / Sector:		Provincia:		Apdo. Postal:		
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Dirección de Correo Electrónico:					
Fax:		Ingreso Mensual (US\$):		Ingreso Anual (US\$):		Ocupación Actual:			
Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):									
1. 2. 3. 4.									

FORMA DE PAGO

Pago a través de:
 Tarjeta de Crédito Voluntario ACH Cargo en Cuenta Otro Periodicidad:
 Mensual Trimestral Semestral Anual

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO

Lea correctamente cada pregunta y marque con una "x" la casilla que corresponda. Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.

	Sí	No
1.- ¿Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ella?		
a.- Hipertensión Arterial, Infarto al Miocardio, Cardiopatía Isquémica, Arritmia Cardíaca, Soplo en el Corazón, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Hiperlipidemia, Accidente Cerebro Vascular (ACV), Falla renal, Enfermedades del Sistema Nervioso, Cáncer, Diabetes, Parálisis, Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental o Trastorno Mental, Polineuropatías, Defecto físico, Anomalía o Enfermedad Congénita o Adquirida, Trastornos del Desarrollo Psíquico y Somático, Afecciones Hepáticas, Alteración en los riñones, Vejiga o Próstata, Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos. Artrosis, Cáncer, Lupus, Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Se encuentra usted ahora en buena salud y libre de todo impedimento o deformidad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Práctica usted algún deporte o actividad peligrosa que atente contra su integridad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Usted ha sido paciente en un hospital o institución similar durante los cinco (5) últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado alguna de las preguntas indicadas anteriormente de manera AFIRMATIVA, especifique a continuación lo siguiente:

Preg. Nro.	Condición o Detalle	Fecha de Inicio (mm/dd/aa)	Duración en Meses	Tratamiento	Nombre del Médico	Dirección del Hospital o Institución
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

NOTA: Si el ASEGURADO efectuare algún cambio en su actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa, queda comprendido en dar aviso de inmediato a la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

COBERTURAS A CONTRATAR

DETALLES DE LA COBERTURA	SUMA ASEGURADA	PRIMA	IMPUESTO 5%	PRIMA TOTAL ANUAL
COBERTURA DE SERVICIOS FUNERARIOS				

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

Nro.	Primer Apellido / Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cédula	Porcentaje
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

La suma del porcentaje de participación debe ser igual al cien por ciento (100%), de no cumplirse esto, se repartirá el capital asegurado entre los beneficiarios principales, en partes iguales.

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nro.	Primer Apellido / Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Cédula	Porcentaje
1.						
2.						

La suma del porcentaje de participación debe ser igual al cien por ciento (100%), de no cumplirse esto, se repartirá el capital asegurado entre los beneficiarios contingentes, en partes iguales.

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL PAGO DE BENEFICIOS

- Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponde debe ser entregado, para su libre administración a:
Nombre Completo: _____ Cédula: _____
- Si a mi fallecimiento no existen Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponde debe ser entregado, para su libre administración a:
Nombre Completo: _____ Cédula: _____
- Todas las instrucciones se ajustan a las estipulaciones o cláusulas generales y especiales de la Póliza. Si el producto ha sido cedido a persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la COMPAÑÍA DE SEGUROS considerará esta instrucción del pago a Beneficiario nula y sin valor. De haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída por cualquier cesión, la COMPAÑÍA DE SEGUROS le entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a estas instrucciones especiales.
Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como beneficiarios principales que sobrevivan al ASEGURADO, pero si no sobrevive ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como beneficiarios contingentes que sobrevivan al ASEGURADO, (B) Resérvese el dueño el derecho de cambiar Beneficiario.

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN PROFESIONAL

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico, o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Por este medio renuncio, exoneró y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen a cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la COMPAÑÍA DE SEGUROS arriba mencionada.

Al solicitar este seguro, declaro que las afirmaciones y respuestas que anteceden son correctas. Igualmente autorizo a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. para que solicite cualquier información que requiera para la emisión de este seguro, y me reservo el derecho de cambiar de beneficiarios, conforme a las normas establecidas por MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO

Doy mi consentimiento y autorizo MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comercial que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

DECLARACIÓN DE FE

Declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes o beneficios, derivados de actividades ilícitas o de delitos de legitimación de capitales.

Convenzo que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud y certifico la exactitud y veracidad de las mismas y que no he omitido, ocultado disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

Convenzo en que ni el Seguro de Servicios Funerarios ni los beneficiarios adicionales solicitados entrarán en vigor hasta que sea emitida la Póliza por MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Se firma en Panamá, _____ de _____ de _____

Firma del ASEGURADO PROPUESTO: _____ Cédula: _____

Firma del CONTRATANTE: _____ Cédula: _____

Firma del Corredor: _____ Licencia Nro.: _____

OBSERVACIONES (ESPACIO PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS)