

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"/>	Estado Civil:	C.I. / Pasaporte:	Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) :		Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:
Estatura: Mts.	Peso: Kg.	Teléfono de Residencia:	Teléfono Celular:	Dirección de Correo Electrónico:		
Dirección Residencial o Domicilio Fiscal / Calle / Avenida:						
Casa / Edificio:		Piso:	Apto. Nro.:	Urbanización / Sector:	Provincia:	Apdo. Postal:
Profesión:			Ocupación Actual:		Descripción de funciones y responsabilidades:	
Antigüedad:	Ingreso Anual (US\$):	Empresa donde Trabaja:		Teléfono(s) Oficina:		
Dirección de Cobro:						
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"/>	Relación con Propuesto Asegurado:		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(s) de Residencia o Domicilio Fiscal :			Teléfono Celular:	Dirección de Correo Electrónico:		
Fax:	Ingreso Mensual (US\$):	Ingreso Anual (US\$):	Ocupación Actual:			
Dirección de Cobro:						
Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País):						
1.	2.		3.		4.	

DATOS DEL INSTRUMENTO FINANCIERO (EN CASO DE DOMICILIACIÓN PARA EL PAGO DE PRIMA)			
Nro. de Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria:		Nombre del Banco:	Fecha de Vencimiento (Tarjeta de Crédito):
Pago a través de:			
Visa <input type="checkbox"/>	MasterCard <input type="checkbox"/>	Cta. Corriente <input type="checkbox"/>	Cta. Ahorros <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS						
BENEFICIARIOS PRINCIPALES						
Nro.	Nombres Completos	Cédula	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco con el Propuesto Asegurado	%	Teléfono
1.						
4.						
5.						
<b>Total Participación:</b>					<b>100,00</b>	

### DECLARACIONES

**Declaración de Salud**  
 Declaro en calidad de Propuesto Asegurado que todas las declaraciones contenidas en este formulario de solicitud son verídicas, que mi estado de salud es normal y que no he sido tratado, hospitalizado u operado de alguno de estos padecimientos o enfermedades congénitas, neurológicas, del corazón y/o arterias coronarias, pulmonares, de los riñones, del hígado, hipertensión, diabetes, paraplejía, esclerosis amiotrófica lateral, esclerosis sistémica progresiva, esclerosis múltiple, cáncer, mielopatías en general, ni tampoco he sido tratado o diagnosticado de neumonía crónica, nódulos linfáticos agrandados, pérdida repentina de peso, problemas con el sistema inmunológico, colesterol o triglicéridos elevados, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, ARC (Complejo relacionado con el SIDA).

**Declaraciones del Contratante**  
 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.  
 Convento 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.  
 Convento en que ni el Seguro de Póliza Renta Diaria por Hospitalización 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.: \_\_\_\_\_

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución Nro. DRL-42 de fecha 26 de mayo de 2014.