

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: | |
| Correo Electrónico: | | | | Nombre Completo del Cónyuge: | | | | C.I./Pasaporte: | |
| Teléfonos Residencia: | | | Teléfonos Celular: | | | Teléfonos Oficina: | | | |
| 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\$): | Otras Ocupaciones Actuales: | | Empresa donde trabaja: | | Ocupaciones anteriores: | | | |
| Dirección de la Empresa: | | Ciudad: | | Provincia: | | Apdo. Postal: | Teléfono: | | |
| 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: | | | |
| Lugar(es) donde tributa por sus ingresos (País): | | | | | | | | | |
| 1. | | 2. | | | 3. | | 4. | | |

FORMA DE PAGO

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|---------------|--|--|-------------------------------|--|--|
| Pago a través de: | | | | | Periodicidad: | | | | | |
| Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> | | Voluntario <input type="checkbox"/> | | ACH <input type="checkbox"/> | | Cargo en Cuenta <input type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> | | |
| Mensual <input type="checkbox"/> | | Trimestral <input type="checkbox"/> | | Semestral <input type="checkbox"/> | | Anual <input type="checkbox"/> | | | | |

ANTECEDENTES DE SALUD

| Parentesco | Edad si Vive | Causa de Muerte | Edad al Morir |
|------------|--------------|-----------------|---------------|
| Abuelo | | | |
| Abuela | | | |
| Padre | | | |
| Madre | | | |

DECLARACIÓN DE SALUD

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| Nombre de su médico o del que haya Consultado recientemente: | | Fecha y motivo de su última visita: | |
| Teléfono: | | Dirección: | |
| Correo electrónico: | | Tratamiento suministrado: | |

Lea correctamente cada pregunta y marque con una X la casilla que corresponda. Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar. Cada vez que la respuesta sea "Si" subraye los puntos correspondientes.

Indique usted

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- Estatura Exacta (mts): _____ peso Exacto (lbs.) _____ ¿Ha disminuido de peso en el último año? Cuánto: _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Tiene alguna intervención quirúrgica o tratamiento pendiente? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 3.- ¿Ha tenido alguna vez, o se le ha informado haber tenido, o sufre de enfermedades Neuro-Psiquiátricas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Tiene usted algún menoscabo de la vista u oído? De detalles | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.- Según su leal saber y entender, indique si ha tenido ,le han informado tener o ha sido tratado por: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| a) Trastornos de los ojos, glaucoma, cornea. No incluya corrección habitual de la visión por medio de lentes o anteojos, o chequeos periódicos de la visión. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b) Enfermedades de la piel, nariz o garganta (desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, alguna otra no mencionada anteriormente) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| c) Ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, apnea del sueño, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía, fiebre de heno, enfermedad pulmonar crónica o cualquier trastorno del sistema respiratorio o pulmones. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| d) Mareos, convulsiones, desmayos, migraña severa, dolores de cabeza, epilepsia, derrame o infarto cerebral, defecto en el hablar, accidente cardiovascular, aneurisma, parálisis, cuadriplejía, o cualquier otro trastorno del cerebro. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| e) Trastornos urinarios o genitales, próstata, insuficiencia renal, infecciones urinarias, Nefritis o albúmina en orina, cálculos de los riñones, quistes, prostatitis, enfermedades venéreas o de transmisión sexual. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| f) Hepatitis, cirrosis, cálculos biliares, colecistitis, abscesos, colecistectomía o cualquier otro trastorno del hígado. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| g) Hipertiroidismo, hipotiroidismo, bocio, diabetes mellitus tipo I o II, hipoglicemia, lesiones en páncreas, paratiroides, o cualquier trastorno del sistema endocrino. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| h) Cáncer, leucemia, tumores benignos o malignos, quistes, crecimiento de CUALQUIER clase de células basales, melanoma, trastornos de los ganglios o sistema linfático, colon. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| i) Úlcera duodenal o gástrica, gastritis, litiasis o cólicos vesiculares, sangrado intestinal, divertículos, hemorroides, colitis, estreñimiento, esofagitis, enfermedades del páncreas, hernia hiatal, sangramientos rectales o cualquier otro trastorno del sistema digestivo. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| j) Presión arterial elevada, soplos, infarto del miocardio, angina de pecho, dolor precordial, lesión valvular, várices, palpitaciones, enfermedad coronaria, fiebre reumática, enfermedad de Chagas, aneurisma, tromboflebitis, o alguna otra no mencionada anteriormente. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| k) Artritis, reumatismo, deformidades externas, problemas de la columna o gota, neuritis, ciática o cualquier trastorno de la espalda, músculos, huesos, articulaciones, rodillas, hernia de disco, artritis reumatoidea, osteoporosis o enfermedades inmunológicas del colágeno. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| l) Anemia falciforme, portadora, hemofilia, flebitis o cualquier trastorno de la sangre, bazo o sistema vascular. Recibido una transfusión de sangre. Indique cuándo y circunstancias. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| m) ¿Padece o ha sido tratado de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al Sida (CRS) o condiciones relacionadas con el SIDA? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| n) ¿Le han realizado alguna vez electrocardiogramas, exámenes de rayos x, resonancia magnética u otro estudio diagnostico?¿ Por qué?(Indique resultados) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| o) ¿Algún familiar inmediato ha sido diagnosticado y/o tratado por diabetes, cáncer, enfermedad cardiaca, mental, hipertensión arterial o insuficiencia renal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| p) ¿Está Actualmente bajo observación o tratamiento médico, farmacológico o institucional? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| q) ¿Ingiere licor? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| q.1 - ¿Con que frecuencia? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| q.2- ¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor, drogas o narcóticos? De detalles: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| r) ¿Le han recomendado, ha hecho uso o hace uso actualmente de medicina para el corazón o para la presión arterial? ¿Tiene colesterol o triglicéridos altos? ¿Tiene Glicemia Elevada? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| s) ¿Ha recibido usted exámenes físicos o chequeos periódicos, ha sido aconsejado o ha estado bajo tratamiento médico quirúrgico en alguna clínica o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 10 años, fuera de lo anteriormente declarado? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| t) ¿Ha fumado alguna vez pipa, cigarrillo o utilizado tabaco en cualquier forma? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| t.1-¿Cuantos cigarrillos o productos de tabaco fuma o utiliza al día? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| t.2-¿Hace cuánto tiempo dejo de utilizar productos de tabaco o fumar? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y/o documentos relacionados con la enfermedad y/o padecimiento declarado. Si contestó afirmativo en alguna de las preguntas anteriores, favor amplíe el detalle del padecimiento, enfermedad o afección.

DETALLE DE PATOLOGÍAS IDENTIFICADAS

| Pregunta | Diagnóstico y tratamiento de enfermedades | Duración (Meses) | Datos del Médico tratante e institución de salud donde fue tratado | Fecha |
|----------|---|------------------|--|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PLAN DE SEGURO SOLICITADO

| | | |
|--|-------------------------|---------|
| Plan : Vida a termino <input type="checkbox"/> Temporal a un año renovable <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada: US\$ | Prima : |
|--|-------------------------|---------|

Coberturas Adicionales:

| | Coberturas | Suma Asegurada | Prima |
|--------------------------|--|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Muerte Accidental y Desmembramiento | US\$ | |
| <input type="checkbox"/> | Anticipo de Suma Asegurada Por Enfermedades Críticas | US\$ | |
| <input type="checkbox"/> | Indemnización por Incapacidad Total y Permanente | US\$ | |
| <input type="checkbox"/> | | US\$ | |
| <input type="checkbox"/> | | US\$ | |
| Prima Total: | | | |

OTRAS PÓLIZAS CONTRATADAS DE VIDA

| Nº. | Póliza Nro. | Empresa de Seguros | Suma Asegurada (USD) | La Póliza está (Marque con una equis): | | Si la Póliza está anulada, indique Causa de Anulación |
|-----|-------------|--------------------|----------------------|--|--------------------------|---|
| | | | | Vigente | Anulada | |
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**BENEFICIARIOS PRINCIPALES**

| Nro. | Primer Apellido / Segundo Apellido | Primer Nombre / Segundo Nombre | Parentesco | Fecha de Nacimiento | 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 contingentes, en partes iguales.

BENEFICIARIOS ACREDORES

| Nro. | Nombre de la Institución | Monto |
|------|--------------------------|-------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

| Nro. | Primer Apellido / Segundo Apellido | Primer Nombre / Segundo Nombre | Parentesco | Fecha de Nacimiento | 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 fueron 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.

Nota: No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección.

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

Convengo 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 la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Autorizo a MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud, a todos los médicos, clínicas, hospitales o instituciones que me hayan asistido o me asistan en el futuro y relevo a todos ellos de la obligación de guardar secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

Convengo en que ni el Seguro de Vida 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)

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución Nro. DRL-41 de fecha 26 de mayo de 2014.