



CÍA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Milenium Individual

Esta Solicitud se debe llenar sin tachones, comillas o uso de líquido corrector

Póliza No. _____ Contratante: _____ (en caso de Colectivos vigentes)

I. DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Apellido de Casada _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Nombre Usual _____

Cédula / Pasaporte: _____ DV: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
DD / MM / AA

Zurdo: Sí No Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Separado Unido Viudo Otro: _____

Peso: _____ libras Estatura: _____ mts. Ingreso Anual Aprox.: _____

Deportes o actividades recreativas que practica: _____

Ocupación: _____ Profesión: _____

Empresa donde trabaja: _____ Actividad económica de la empresa: _____

E-mail personal: _____ E-mail Oficina: _____

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

Dirección Residencial:

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____ Calle: _____

Edificio: _____ Apto. #: _____ Casa #: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

Dirección Laboral:

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____ Calle: _____

Edificio: _____ Oficina. No.: _____ Teléfono de Oficina: _____

II. COBERTURAS

Seleccione la cobertura deseada con un Vigencia: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

COBERTURAS	<input checked="" type="checkbox"/>	SUMA ASEGURADA	PRIMA
Cobertura Básica		B/.	B/.
Beneficios Adicionales			
Gastos Médicos por Accidentes		B/.	B/.
Incapacidad Temporal - Deducible 5 días		B/.	B/.
Doble Indemnización por ITP y Desmembramiento		B/.	B/.
Renta Diaria por Hospitalización - Deducible 1 día		B/.	B/.
Ingreso Personal por Incapacidad - Deducible 30 días		B/.	B/.
Incapacidad Permanente y Absoluta		B/.	B/.
Otras: Favor detallar		B/.	B/.
		Prima Bruta Total	B/.
		Recargo / Descuento	B/.
		Impuesto - 5%	B/.
		PRIMA NETA TOTAL	B/.

III. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE (Si es diferente al Prospecto Asegurado)**PERSONA JURÍDICA**

Nombre o Razón Social: _____ R.U.C. y Dígito Verificador: _____

Nombre Comercial: _____ Ingreso Anual Aprox.: _____

PERSONA NATURAL

Nombre del Contratante: _____ Cédula o Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DD / MM / AA País de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Empresa donde trabaja: _____ Ingreso Anual Aproximado: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail personal: _____ E-mail Oficina: _____

Dirección Residencial

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____ Calle: _____

Edificio: _____ Apto. y/o casa: _____ Tel. Residencial: _____

PERSONA NATURAL Y JURÍDICA**Dirección Laboral o de Oficina:**

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____ Calle: _____

Edificio: _____ Oficina. No.: _____

Actividad económica de la empresa: _____

Teléfono de Oficina: _____ E-mail: _____

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

¿Es el Contratante el Rensponsable de Pago? Sí NO **IV. DATOS GENERALES DEL RESPONSABLE DE PAGO (Si es diferente al Prospecto Asegurado y/o Contratante)****PERSONA JURÍDICA**

Nombre o Razón Social: _____ R.U.C. y Dígito Verificador: _____

Nombre Comercial: _____ Ingreso Anual Aprox.: _____

PERSONA NATURAL

Nombre del Responsable de Pago: _____ Cédula o Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DD / MM / AA País de Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Empresa donde trabaja: _____ Ingreso Anual Aproximado: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail personal: _____ E-mail Oficina: _____

Dirección Residencial

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____ Calle: _____

Edificio: _____ Apto. y/o casa: _____ Tel. Residencial: _____

PERSONA NATURAL Y JURÍDICA**Dirección Laboral o de Oficina:**

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____ Calle: _____

Edificio: _____ Oficina. No.: _____

Actividad económica de la empresa: _____

Teléfono de Oficina: _____ E-mail: _____

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

V. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)	CÉDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN

BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(S)	CÉDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN

ADMINISTRADOR DEL(LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO QUE FUESE(N) MENOR(ES) DE EDAD	CÉDULA	PARENTESCO	PARENTESCO CON EL(LOS) BENEFICIARIO(S)

Instrucciones Especiales: _____

VI. CUESTIONARIO

Estas preguntas están dirigidas al Propuesto Asegurado. Estas declaraciones son importantes ya que formarán parte de su contrato. Por favor conteste con exactitud. Conteste SÍ o NO con una X y cuando haya contestado SÍ favor subraye la enfermedad padecida. A su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido o ha sido tratado o sufrido usted alguna vez de:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1- Anemia | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 9- Tumores malignos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 18- Riñon o Hígado | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 2- Aneurisma | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 10- Lupus Eritematoso | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 19- Sida | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 3- Angina de pecho | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 11- Enfermedad del cerebro | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 20- Hipertensión | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 4- Apoplejia | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 12- Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 21- Ceguera Total o Parcial | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 5- Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 13- Enfermedad de la espina dorsal | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 22- Sordera Total o Parcial | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 6- Ataques / Convulsiones / Desmayos | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 14- Epilepsia | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 23- Vértigo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 7- Diabetes | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 15- Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 24- Glaucoma | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 8- Cáncer | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 16- Columna Vertebral | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | 25- Parálisis | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| | | 17- Artritis o Reumatismo | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 26- ¿Ha presentado usted alguna vez solicitud de seguro de accidente, enfermedad, incapacidad, hospitalización o vida cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 27- ¿Ha tenido usted algún seguro de accidentes al que se le hayan agregado limitaciones, exclusiones o que haya tenido aumento en tasa de prima, haya sido cancelado o cuya renovación haya sido denegada? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 28- ¿Ha estado usted bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico o ha estado ingresado en algún hospital durante los últimos cinco(5) años? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 29- ¿Cuenta usted con mala salud, impedimento o deformidad física? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

Si contestó SI a alguna de las preguntas anteriores, favor indicar No. de pregunta y suministrar la siguiente información:

No.	DIAGNÓSTICO	FECHA ÚLTIMA ATENCION	MÉDICO TRATANTE U HOSPITAL	CONDICIÓN ACTUAL

¿Cuántas horas vuela usted en avión al año como promedio? _____ ¿En aviones comerciales? _____ ¿En aviones particulares? _____

¿Tiene usted proyectado algún viaje fuera del país donde usted reside o se propone acometer alguna actividad azarosa? En caso afirmativo dar detalles completos:

VII. MEDIO Y FRECUENCIA DE PAGO DE PRIMA

MEDIO DE PAGO

- Voluntario (Favor verificar si aplica según política de pago vigente)
- Descuento bancario ACH (Favor adjuntar formulario)
- Descuento de Salario (Favor adjuntar formulario de descuento salarial)
- Tarjeta de Crédito

FRECUENCIA DE PAGO

- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Mensual

SEGÚN FRECUENCIA DE PAGO

Prima: _____
 Impuesto: _____
 Total: _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO: Adjuntar fotocopia de cédula.

Por este medio autorizo al Banco _____ a acreditar a ustedes de mi Tarjeta de Crédito No. _____ la suma de B/. _____

Tipo: Visa Master Card Amex Vencimiento: _____ / _____ A partir del: _____ / _____ el asegurado se compromete a mantener los fondos disponibles.

Acepto que de variar la prima se ajustará el descuento. Esta autorización permanecerá vigente y sólo podrá ser cancelada por mí mediante notificación escrita a Cía. Internacional de Seguros, S.A., la cual se hará efectiva una vez la Cía. Internacional de Seguros, S.A. haya recibido la nueva forma de pago de conducto automático. De igual forma notificaré el cambio de vencimiento de la tarjeta con quince (15) días de anticipación en cada renovación de la misma.

Firma del Tarjetahabiente

Cédula

Fecha

VIII. PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS: Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, Jefes de Estado de un Gobierno, político de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

- ¿Es el Prospecto Asegurado una persona políticamente expuesta? Sí NO ¿El total de primas anuales que paga el Prospecto Asegurado son iguales o superan los B/.10,000.? Sí NO
- Cargo actual o anterior: _____
- ¿Es el Contratante una persona políticamente expuesta? Sí NO ¿El total de primas anuales que paga el Contratante son iguales o superan los B/.10,000.00? Sí NO
- Cargo actual o anterior: _____
- ¿Es el Responsable de Pago una persona políticamente expuesta? Sí NO ¿El total de primas anuales que paga el Resp. de Pago son iguales o superan los B/.10,000.00? Sí NO
- Cargo actual o anterior: _____

Si la respuesta es afirmativa para el Prospecto Asegurado, Contratante o Responsable de Pago, adjuntar Formulario Único de sujeto regulado que aplique.

DECLARACIÓN: Solicito este seguro habiendo tomado conocimiento de las Condiciones Generales de la póliza con las cuales me declaro conforme y conciente de que la póliza no entra en vigor hasta tanto no se haya emitido la misma y realizado el pago total o primer pago fraccionado. Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente según mi leal saber y entender y que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiere hecho desistir del contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: En pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, de la Ley No. 40 de 14 de Agosto de 2018 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable por la presente, a cualquier médico, o médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía Internacional de Seguros, S.A. y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros que tengan en su poder, por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o renocado, o que pueda asistirme o reconocerme en lo sucesivo, a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento sin consecuencias para estos ni para la aseguradora a quienes desde la firma de esta solicitud relevo de toda responsabilidad por el hecho de haber suministrado o recabado información que las anteriores personas y entidades suministren. Adicionalmente autorizo al corredor designado en mi póliza o al Contratante de la misma para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso.

FIRMA DEL PROSPECTO ASEGURADO: _____ FECHA: _____ / _____ / _____

FIRMA DEL CONTRATANTE: _____ FECHA: _____ / _____ / _____

FIRMA DEL PAGADOR: _____ FECHA: _____ / _____ / _____

Adjuntar copia de cédula del Prospecto Asegurado, Contratante y Pagador.

INFORMACIÓN DEL CORREDOR DE SEGUROS : Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido constestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

- 1. ¿Conoce usted al Prospecto Asegurado? Sí NO Tiempo _____
- 2. ¿Le consta que su cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí NO
- 3. ¿Conoce algún hecho o contradicción en las respuestas del Prospecto Asegurado? Sí NO _____
- 4. ¿Se le han rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez algún seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud al Prospecto Asegurado?

En caso afirmativo especificar: _____

CORREDOR DE SEGUROS: _____ **LICENCIA No.** _____

FIRMA DEL CORREDOR DE SEGUROS: _____ **FECHA:** _____ / _____ / _____