

SOLICITUD DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO:

Apellido paterno:	Apellido materno:
Nombre(s):	Fecha de Nacimiento:
Apellido de casada:	Cédula / Pasaporte:
Sexo:	Edad:
País y Ciudad de Nacimiento:	Profesión y Ocupación:
Estado Civil:	Nacionalidad:
Teléfono de residencia:	Celular:
Oficina:	
Es usted políticamente expuesto o tiene algún familiar que lo sea : Sí No Si su respuesta es afirmativa, debe completar el formulario de Persona Expuesta Políticamente (PEP)	
Mantiene pólizas con prima anual, igual o mayor a \$10,000.00: Sí No	

Nota: Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 3 años de residencia en la República de Panamá, debe completar el cuestionario de extranjeros o residencia.1

DOMICILIO:

Calle o Avenida:	Casa o edificio / Condominio:
No. Apartamento:	Urbanización:
Provincia:	Distrito:
Apartado Postal:	Corregimiento:
País	E- mail:

INFORMACION LABORAL:

Profesión:	Ocupación actual:
Otras ocupaciones:	Describe sus funciones:
Nombre o empresa donde trabaja:	Actividad o giro del negocio donde trabaja:
Tiempo desempeñando la ocupación actual:	Dirección de la empresa donde trabaja:
¿Piensa cambiar de ocupación?:	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE:

Contestar únicamente si es diferente al solicitante.

PERSONA JURÍDICA:

Nombre de la compañía o razón social:	R.U.C:
País de constitución:	Representante legal:
Relación con el asegurado:	Actividad a la cual se dedica:
Fecha de incorporación:	

PERSONA NATURAL:

PERSONA NATURAL:	Apellido materno:
Nombre(s):	Fecha de Nacimiento:
Apellido de casada:	Cédula / Pasaporte:
Sexo: F M	Nacionalidad:
País de Nacimiento:	Relación con el asegurado:
Nombre de la empresa donde trabaja:	Ocupacion actual:

DOMICILIO	
Calle o Avenida:	Casa o edificio / Condominio:
No. Apartamento:	Urbanización:
Provincia:	Distrito:
Apartado Postal:	Corregimiento:
País:	E- mail:
Celular:	

III. SEGURO EN VIGOR:	
¿Actualmente mantiene algún seguro de vida en vigor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Suma asegurada: \$
Compañía	
¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, un seguro de vida o de accidentes o enfermedades, o negado su rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si su respuesta fue afirmativa, favor de indicar el motivo, la fecha y compañía aseguradora:	
¿Usted tiene pendiente alguna solicitud o rehabilitación para un seguro de vida o salud en otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, detallar:	

IV. COBERTURAS (BÁSICAS Y ADICIONALES):	
Suma Asegurada:	Indemnización por Muerte Accidental (IMA):
Servicio de asistencia exequial:	Asistencia Viajera:
Plazo del seguro:	Invalidez Total y Permanente (ITP):
Asistencia odontológica, plan:	

V. INFORMACIÓN FINANCIERA:		
Ingreso:	Año en curso:	Año pasado:
Salario Anual:		
Dividendos:		
Otros ingresos:		
Valor neto:		
¿Tributa usted? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Dónde?	

VI. BENEFICIARIOS:							
La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, sino se indica otra opción en la columna de porcentaje. No se permite borrones, tachaduras ni líquido corrector en esta sección.							
Principales							
Nombre(s):	Apellido(s):	Cédula / Pasaporte:	Fecha de nacimiento: Día - Mes - Año	Parentesco:	Nacionalidad:	Políticamente Expuesto Si o No:	Porcentaje %:
1							
2							
3							
4							
5							
Contingentes:							
Nombre(s):	Apellido(s):	Cédula / Pasaporte:	Fecha de nacimiento: Día - Mes - Año	Parentesco:	Nacionalidad:	Políticamente Expuesto Si o No:	Porcentaje %:
1							
2							
3							
4							
5							

Si son más de 4 beneficiarios debe completar el formato de adición de beneficios

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL PAGO DE BENEFICIOS:		
a. Que si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la póliza que le corresponda sea entregado para su libre administración a:		
Nombre:	Cédula/Pasaporte:	Parentesco:
b. Que si a mi fallecimiento no existieren Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la póliza que le(s) corresponda sea entregado para su libre administración a:		
Nombre:	Cédula/Pasaporte:	Parentesco:

- c. Que todas las instrucciones se sujeten a las estipulaciones o cláusulas generales y especiales de la póliza. Si el producto de la póliza ha sido cedido a una persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía de Seguros considera esta instrucción nula y sin valor. De haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída por cualquier CESION, la Compañía de Seguros lo 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 sobreviviere ninguno; en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado y (B) Resérvese el derecho de cambiar beneficiario.

CESION SUBSIDIARIA: SI NO

Quién recibe los derechos de propiedad de las póliza, hasta donde aparezcan sus intereses.

Acreeador: Monto a Cesionar:
\$

VII. DECLARACION DE SALUD:

Nota: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud.

Conteste "Sí" o "No" a cada pregunta.

Cada vez que la respuesta sea "Sí", especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, gravedad, resultados, nombres con direcciones de los médicos y hospitales.

1. a) Nombre y dirección de su médico particular o el último médico que consultó, si no tiene sírvase a indicarlo.

b) ¿Cuándo le consultó por última vez y por qué?

c) ¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamento le fue recetado?

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	SÍ	NO	DETALLES
a. Estatura (mts/pies/pulgadas): Peso(kg/lbs): ¿Ha disminuido de peso en el último año? ¿Cuánto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Tiene algún menoscabo de vista u oído? Especifique cuál y tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Practica alguna actividad o deporte considerado como peligroso? Especifique cuál y con qué frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Viaja en aeronaves particulares? Especifique tipo de aeronaves y horas de vuelo anuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. ¿Ha recibido instrucciones para piloto? En caso afirmativo llenar cuestionario de aviación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. ¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique tipo, fecha y duración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. ¿Fuma o consume algún producto que contenga nicotina? Especifique número de cigarrillos o tipo y frecuencia de consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Especifique frecuencia y cantidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. ¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Según su saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (subraye la frase pertinente)			
a. Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Soplos, angina de pecho, ataque del corazón, enfermedades del corazón, dolor alrededor del corazón, palpitaciones o enfermedad del sistema circulatorio o anomalía en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Tumor, quiste o crecimiento de cualquier clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, alergias o cualquier trastorno de los pulmones o vías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o cualquier otro desorden cerebral o del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Isquemia cerebral transitoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Fiebre reumática, artritis, gota, neuritis, ciática o cualquier trastorno de la espalda, columna, huesos, articulaciones o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

i. Diabetes, azúcar en la orina o azúcar elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Bocio o problemas de tiroides o cualquier trastorno del metabolismo ¿Le han recomendado el uso de insulina o metformina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastorno de la vesícula o del hígado, hemorroides o cualquier molestia del recto helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Nefritis, albumina en la orina, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones o conductos genitourinarios, sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Se le ha practicado electrocardiogramas, rayos X, CAT, resonancia magnética, tratamiento de radioterapia ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. Cualquier enfermedad, operación, lesión o deformidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ha recibido usted exámenes físicos o chequeos periódicos o ha estado bajo tratamiento en alguna clínica o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 10 años, fuera de lo arriba declarado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha consultado algún profesional por nervios o estrés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Le han recomendado, ha hecho uso o hace uso actualmente de medicina para el corazón o para presión arterial? ¿Tiene colesterol o triglicéridos altos? ¿Tiene glicemia elevada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. a. ¿Ha venido usando o hace uso de sedantes? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿En los últimos diez (10) años usted ha tenido pruebas serológicas con resultados positivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Ha tenido o le han dicho que tenía Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOLO PARA MUJERES.

Según su saber y entender:

a. ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿Cuántos meses tiene?4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Ha tenido usted o le han informado tener algún tumor o trastorno de las mamas, matriz, trompas, ovarios o del útero, o cualquier trastorno de los órganos femeninos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Ha tenido usted abortos o complicaciones durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Son regulares sus períodos menstruales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOLO PARA HOMBRES.

Según su saber y entender:

a. ¿Se le ha encontrado un valor de PSA mayor de 2.5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Padece prostatitis, hipertrofia prostática benigna, nódulo próstático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Se le ha aconsejado o realizado biopsia de próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Se le ha operado de la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Historia Familiar.

Parentesco:	Edad:	Vivos:	Fallecidos:	Causa de muerte:
		Estado de salud:	Edad de fallecer:	
Padre:				
Madre:				
Hijos (as):				
Hermanos (as):				

1. AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACION 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 Optima Compañía de Seguros o a mi corredor de seguros; estando en vida o después de haber fallecido. 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 de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía arriba mencionada

2. CONDICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES ACEPTADAS POR EL SOLICITANTE.

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento.

Expresamente renuncio en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés con cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que prohíba a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquirida por tal médico.

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, así como las hechas al médico examinador son verídicas y han sido suministrada por mí a fin de obtener la póliza solicitada y convengo en que:

1. La compañía no contraerá fraude.
2. Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no abligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y sea aprobada por la Compañía.
3. Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato, y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía en el espacio "Observaciones".
4. Si dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de esta solicitud no recibiere la póliza o si no notificará su aprobación o rechazo durante tal período, se considerará rechazada.
5. Acepto que el pago de cualquier prima inicial que se consigne para la tramitación de esta solicitud solo conllevará la responsabilidad de la Compañía que se estipule en el Recibo Condicional identificado con el mismo número de esta solicitud. El pago que la Aseguradora se obliga efectuar de conformidad con los mismos términos y condiciones del Recibo Condicional, está basado únicamente y exclusivamente en la mera liberalidad de la Aseguradora de hacer dicho pago en la forma allí establecida, quedando entendido que el mencionado Recibo Condicional, no es la póliza de Seguros. Convengo en que cualquier pago que la Aseguradora efectuó en la base al Recibo Condicional no será en ningún caso mayor de \$25,000.00 aunque el pago inicial recibido para la tramitación de esta solicitud sea por la totalidad de la suma asegurada solicitada.
6. Si no fuere hecho pago con esta solicitud, no existirá responsabilidad alguna de parte de la compañía, en base al Recibo condicional o cualquier otro documento, sino hasta que entregada una póliza estando yo en buena salud y sea pagada la primera cuota.
7. Acepto todos los términos y condiciones contenidos en el Recibo Condicional.

Firmado en _____, el _____ de _____ de _____

Firma propuesto Asegurado

Firma del Contratante o dueño de la Póliza
(solo si es diferente al Propuesto Asegurado)

Firma y código del Corredor

Para ser llenado por el (los) corredor(es)

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?
2. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?
3. ¿Cuál es la finalidad del seguro?
4. ¿Recomienda usted al solicitante tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos, reputación?

Observaciones:

Firma y código del Corredor

Firma de la Agencia

“Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá”

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.