



**Compañía Internacional de Seguros, S.A.**  
**Solicitud Individual para Póliza Colectiva de Vida**

21281

ESTA SOLICITUD SE DEBERA LLENAR SIN TACHONES, COMILLAS Y OTROS SIGNOS. LLENAR EN LETRA IMPRENTA.

**DATOS GENERALES**

Contratante \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Apellido de Casada \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Nombre Usual \_\_\_\_\_

Cédula / Pasaporte: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ # Empleado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Extranjero:  Sí País de Origen: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  
 DD / MM / AAAA  No  Femenino

Peso \_\_\_\_\_ lbs. Estatura \_\_\_\_\_ mts. Zurdo? (S/N) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Divorciado  Soltero  Separado  Unido  Viudo  Otro: \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_ Salario Mensual: B/. \_\_\_\_\_

Deportes o actividades recreativas que practica: \_\_\_\_\_

Apartado Postal: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Departamento / Zona de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial:**  
 País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Apto y/o Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS**

	Parentesco	Apellido	Nombre	Cédula o RUC	% Participación
1					
2					
3					
4					
5					
6					

ADMINISTRADOR DE LOS BENEFICIOS DE LOS BENEFICIARIOS EN CASO QUE FUESEN MENORES DE EDAD:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON LOS BENEFICIARIOS: \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

**II - PARTE**  
**SEGUROS DE VIDA, GASTOS DE ENTIERROS Y OTROS PARA LOS DEPENDIENTES**  
**SOLAMENTE LLENAR CUANDO SE INCLUYEN DEPENDIENTES**

Datos de los dependientes:

Nombre de las personas adicionales que ingresan en la Póliza	Cédula	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Estatura (cms.)	Peso (lbs.)

S-60916

**Continúa al Dorso** →

### CUESTIONARIO MEDICO

Estas preguntas están dirigidas al solicitante y sus familiares. Estas declaraciones son importantes, ya que formarán parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Conteste SI o NO, y cuando haya contestado SI, por favor subraye la enfermedad padecida.

Según su leal saber y entender, alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o si ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:

	Ppal.	Cony.	Hijos
1-¿Trastornos cardíacos, presión arterial, diabetes, cáncer, problemas de los riñones, trastornos de los pulmones, SIDA, problemas de circulación o de la sangre?	_____	_____	_____
2-¿Ha estado hospitalizado o recibido tratamiento médico en los últimos (5) años?	_____	_____	_____
3-¿Ha sufrido alguna enfermedad que no se le haya mencionado anteriormente?	_____	_____	_____
4-¿En la actualidad está bajo tratamientos médicos o tomando medicamentos?	_____	_____	_____

Si usted ha respondido **SI**, favor indicar nombre completo del médico, fechas, diagnóstico, condición actual y pronóstico:

### DECLARACION

En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluidas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, 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 graviosas.

### AUTORIZACION

Autorizo por la presente a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica, u otra organización, institución o persona que tenga cualquiera información de mi salud, o de mi cónyuge, padres o hijos dependientes propuestos en el seguro, 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, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que obren en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias. Una copia fotostática de autorización será válida como el original.

La Compañía se reserva el derecho de revisar las referencias crediticias del cliente en el sistema de la Asociación Panameña del Crédito y podrá, a falta de pago por más de 90 días, incluir al cliente en dicho sistema, lo cual es aquí convenido y aceptado por el asegurado.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_