

Este documento deberá ser completado con letra legible sin omitir ningún tipo de información. No se aceptan tachones, borradores ni espacios en blanco.

Es cliente del Grupo: Sí No

Persona que completa el documento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asegurado	Contratante	Pagador
1. INFORMACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO			
Nombres:		Apellidos:	
Cédula/Pasaporte:	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):	Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
País de Nacimiento:	Nacionalidad:	Estado Civil:	
Teléfonos	Residencia	Celular	Otro
Correo electrónico personal:		Relación con el Contratante:	
1.1. DOMICILIO DEL PROPUESTO ASEGURADO			
País de Residencia:	Provincia:	Distrito:	
Corregimiento:	Calle o Avenida:		
Urbanización / Barriada:		Nombre del Edificio, No. de apartamento o Casa:	
1.2. OCUPACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO			
Estatus laboral	Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Jubilado/ Pensionado <input type="checkbox"/>
			Dependiente Económico <input type="checkbox"/>
			Retirado <input type="checkbox"/>
			Empresario <input type="checkbox"/>
			Inversionista <input type="checkbox"/>
Profesión:		Actividad / Ocupación actual:	
Descripción de labores:		Nombre de la empresa donde labora:	
País:	Dirección completa del lugar de trabajo:		Teléfono de la empresa donde labora:
Detalle otras actividades u ocupaciones:		Correo electrónico laboral:	
1.3. PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) PROPUESTO ASEGURADO			
Las Personas Expuestas Políticamente (PEP) son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas en un país extranjero o su propio país. Por ej.: jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de la alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de Partidos Políticos.	1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cargo actual:
	2. ¿Ha sido una persona Expuesta Políticamente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indicar período: Cargo desempeñado:
	3. ¿Está relacionado con alguna persona PEP? (padre, hermanos, cónyuge, hijos, o socios en cualquier personería jurídica en la que pueda estar inscrito) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indicar la relación con la Persona Expuesta Políticamente:
1.4. PERFIL FINANCIERO DEL PROPUESTO ASEGURADO			
*Ingreso mensual:			
Ingresos anuales Actividad Principal	Forma en que dichos ingresos son recibidos	Ingresos anuales Actividad Secundaria	Forma en que dichos ingresos son recibidos
<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> 50 mil a 100 mil US\$ <input type="checkbox"/> 100 mil a 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 250 mil US\$	<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero País:	<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> 50 mil a 100 mil US\$ <input type="checkbox"/> 100 mil a 250 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 250 mil US\$	<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cuasi-efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia Origen de los fondos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero País:

Frecuencia de percepción de los ingresos de la <i>Actividad Principal</i>				Frecuencia de percepción de los ingresos de la <i>Actividad Secundaria</i>			
Diario <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Bisemanal <input type="checkbox"/>		Diario <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Bisemanal <input type="checkbox"/>	
Quincenal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
País de domicilio Fiscal:			Otros países en los que tiene obligaciones tributarias de carácter personal:				
DECLARACIÓN DE FUENTE Y ORIGEN DE RECURSOS DE LA TRANSACCIÓN							
DECLARO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y QUE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL PAGO DE LOS SEGUROS EN MENCIÓN, PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (Detalle actividad comercial o negocio): _____							
2. RESPONSABLE DE PAGO							
Relación o parentesco con el Asegurado	Propio Asegurado <input type="checkbox"/>	Contratante <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Indique su relación:			
3. DATOS DE LA PRIMA							
Monto de prima:	Frecuencia de Pagos						
Impuestos:	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>			
Prima Total:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. FORMA DE PAGO							
Descuento Directo por Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>				Transferencia Electrónica ACH <input type="checkbox"/>			
Banco: _____				Completar formulario de Autorización de Débitos Automáticos			
Número: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Otra forma de Pago <input type="checkbox"/>			
Tipo: VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/>				Dirección de Cobros:			
Fecha de expiración: Mes _____ Año _____							
Firma de autorización de descuento: _____							
Fecha de cobro: 1ero de cada mes <input type="checkbox"/> 16 de cada mes <input type="checkbox"/>							
5. REFERENCIAS (PERSONAL, BANCARIA Y COMERCIAL)							
Nombre o Razón Social		Actividad		Relación con el Cliente		Teléfono de contacto	
6. AUTORIZACIONES Y FIRMAS							
DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACIÓN							
Por la presente declaro que las informaciones y respuestas suministradas por mi persona en esta solicitud de seguro, son exactas, veraces, completas, y que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud ni cualquier otro detalle que sea necesario revelar de conformidad con esta solicitud.							
Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa (i) a pedir información relacionada con mi historial crediticio en cualquier momento y todas las veces que lo considere necesario, a la Asociación Panameña de Crédito ("APC") o a cualquier otra agencia de información de crédito a fin de establecer el riesgo de crédito relacionado con mi persona, y (ii) a suministrar a la APC o a cualquier otra agencia de información de crédito, información del historial de cumplimiento de mis obligaciones como asegurado y/o contratante contraídas con la Aseguradora. Además, relevo de toda responsabilidad a MULTIBANK SEGUROS, S.A., APC y a cualquier otra agencia de información de crédito, derivada de la entrega o solicitud de información relacionada a mi historial crediticio.							
Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa, a solicitar información sobre mis antecedentes penales, procesos judiciales y administrativos que se lleven dentro y fuera de la República de Panamá, con las más amplias facultades para el cumplimiento de verificación de la información por mí Declarada bajo la gravedad de juramento. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y a todos los involucrados en proveerle la información detallada en este párrafo de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de dicha información.							
Autorizo irrevocablemente e instruyo al corredor de seguros designado en esta solicitud, sin necesidad de contar con mi autorización previa, para que le suministre a MULTIBANK SEGUROS, S.A. información sobre mi estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorio(s) y mi situación financiera, y también para que se le haga y para que entregue cualquier notificación o comunicación con relación al resultado de la evaluación de esta solicitud de seguro. Autorizo por este medio que cualquier comunicación o notificación que MULTIBANK SEGUROS, S.A. me deba hacer por motivo de la Póliza y/o la ley, se le haga y entregue al mencionado corredor de seguros. Adicionalmente, relevo a MULTIBANK SEGUROS, S.A. y al corredor de seguros designado en esta solicitud de toda responsabilidad derivada del suministro y obtención de la información de que trata este párrafo.							
En virtud de lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que, toda la información por mí suministrada en éste y en cualquier otro formulario o declaración presentada a MULTIBANK SEGUROS, S.A. es completamente veraz, por lo que asumo toda la responsabilidad civil, penal, administrativa, tributaria y de cualquier otra índole, que se genere en o fuera de la República de Panamá, en caso de que se detecte fraude o falsedad en alguna de mis declaraciones. Esta declaración la hago con pleno conocimiento del contenido del artículo 385 del Código Penal panameño, que tipifica el delito de falso testimonio.							

En caso de que MULTIBANK SEGUROS, S.A. demostrase y/o comprobase de cualquier forma, cualquier inexactitud u omisión en mis declaraciones contenidas en esta solicitud o que guarden relación con la misma, tendrá derecho de anular la Póliza automáticamente (y retroactivamente a la fecha de su emisión), no teniendo MULTIBANK SEGUROS, S.A. obligación alguna de efectuar pagos por motivo de reclamaciones bajo la Póliza.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y TRATAMIENTO DE OTROS DATOS

Por este medio autorizo expresamente a **Multibank Inc.**, sus subsidiarias y/o afiliadas, cesionarios o sucesoras a cualquier título, en adelante denominadas **MULTIBANK**, que adquieran los derechos sobre los productos y/o servicios que he mantenido o llegue a mantener con cualquiera de ellos, para que puedan realizar lo siguiente:

- Solicitar, consultar, extraer, confrontar, interconectar, asociar, disociar o recopilar mis datos personales, sensibles, biométricos tales como huella, imagen o voz que mantengan organismos públicos o privadas con autorización para la custodia o tratamiento de dichos datos, a fin de ser utilizados para la verificación, actualización, soporte o sustento de la veracidad e idoneidad de la información e identidad proporcionada por el suscrito; así como para que dichos datos sirvan para evaluar, documentar o evidenciar las operaciones, comportamiento, referencias, fiabilidad, de transacciones, productos o servicios que solicite, mantenga o llegue a mantener **MULTIBANK**.
- Almacenar, grabar y conservar mis datos personales, operativos o transaccionales a fin de mantener toda la documentación relacionada o producto de la relación comercial que mantenga o llegue a mantener con **MULTIBANK**, para el cumplimiento de las disposiciones contractuales o legales que regulen o apliquen a dicha relación.
- Transmitir, transferir, ceder, intercambiar, revelar o utilizar mis datos personales, operativos o transaccionales que necesariamente requieran ser revelados a terceros, a quienes aplicarán igualmente los mismos niveles de protección y confidencialidad aplicables a **MULTIBANK**, a fin de que éstos puedan brindar el producto o servicio que mantenga o llegue a mantener con ellos, de acuerdo con las obligaciones contractuales acordadas; o bien, cuando la transmisión, revelación o utilización de mis datos personales, operativos o transaccionales sea requerido o necesario en cumplimiento de alguna disposición legal o regulatoria.
- Promocionar, comercializar u ofrecer productos y servicios, a través de cualquier medio o canal, con la finalidad de ampliar, complementar u optimizar los productos o servicios actualmente ofrecidos. Incluyendo la posibilidad de contactarme a través de mensajes, llamadas, notificaciones o alertas por cualquier medio con el propósito de realizar ventas cruzadas, sorteos o eventos de **MULTIBANK**; así como elaborar y reportar información estadística, encuestas de satisfacción, estudios y análisis de mercado, quedando expresamente autorizados para contactarme para tal fin. No obstante, lo anterior, quien autoriza podrá oponerse en cualquier momento, al tratamiento de sus datos personales para estos fines.

Usted podrá solicitarle a **MULTIBANK** información referente a las políticas de protección de datos, así como también podrá ejercer sus derechos reconocidos en la normativa aplicable a la materia.

Para cualquier información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales o para hacer uso de sus derechos como titular, puede acercarse a nuestras sucursales, llamarnos al 340-9721o contactarnos por los canales electrónicos que tenemos disponibles para usted en nuestra página web www.mbseguros.com.pa, o correo electrónico: servicioalcliente@mbseguros.com.pa

Firma del Contratante / Representante Legal / o Dueño de la Póliza
(sólo si es diferente al Propuesto Asegurado)

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente)

Firma del Propuesto Asegurado

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente)

Nombre del Corredor de Seguros (si aplica)

Firma del Corredor de Seguros (si aplica)

Firmado en _____ el _____ de _____ de _____.