

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin tachones, ni correcciones y debidamente firmada por el solicitante para evitar su devolución.

1. DATOS DEL CONTRATANTE					
Nombre completo:			R.U.C.:		
2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO					
Nombres:			Apellidos:		
Cédula/Pasaporte:			Número de Seguro Social:		
Fecha de Nacimiento:		Edad:		Estado Civil:	
País de Nacimiento:		Nacionalidad:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono/ Celular:		Correo electrónico:			
¿Es Pensionado por Invalidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es Jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Peso (lbs.):	
¿Es Pensionado por Riesgo Profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Estatura (mts.):	
País de Domicilio Fiscal:			Otros países donde tiene obligaciones tributarias de carácter personal:		
2.1. DOMICILIO DEL CLIENTE					
País de Residencia:			Provincia:		Distrito:
Corregimiento:		Calle o Avenida:			
Urbanización / Barriada:			Nombre del Edificio, No. de apartamento o Casa:		
2.2. OCUPACIÓN DEL CLIENTE					
Ocupación:			País de trabajo:		
Actividad Económica:			Nombre de la empresa donde labora:		
Dirección completa del lugar de trabajo:			Teléfono de la empresa donde labora:		
Descripción del trabajo:			Salario Mensual:		Otros ingresos:
2.3. PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) <small>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</small>					
1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cargo actual:			
2. ¿Ha sido una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Indicar periodo		Cargo desempeñado:	
3. ¿Está relacionado con alguna Persona PEP (padre, hermanos, cónyuge, hijos, suegros o socios en cualquier personería jurídica en la que pueda estar inscrito)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Indicar persona y la relación con la Persona Expuesta Políticamente:			
3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA					
Día		Mes		Año	
<i>Desde las 12 horas</i>			<i>Hasta las 12 horas</i>		
4. BENEFICIARIOS					
BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)					
Cédula/ Pasaporte	Nombre Completo	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje (%)
BENEFICIARIOS CONTINGENTES					
Cédula/ Pasaporte	Nombre Completo	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje (%)
<p>En caso de que el Asegurado no haya estipulado o fijado porcentajes a repartir entre los Beneficiarios, la indemnización se dividirá (i) en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario Principal que sobrevivan al Asegurado, o (ii) si no sobreviviere ningún Beneficiario Principal, o si sobrevivieren algunos pero no quisieran o pudieran recibir la indemnización, se dividirá en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario Contingente que sobrevivan al Asegurado y que quieran y puedan recibir la indemnización. En caso de que la póliza quede sin Beneficiarios Principales y Contingentes por cualquier causa, la indemnización será pagada a los herederos del Asegurado, así declarados judicialmente por los tribunales competentes de la República de Panamá.</p> <p>En caso de duda sobre a quién debe pagarse la indemnización, la aseguradora podrá consignar el importe de la indemnización ante los tribunales competentes de la República de Panamá, quedando la Aseguradora desde ese momento, relevada de toda responsabilidad bajo la Póliza.</p> <p>Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiario(s) es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponda será entregado, para su administración, en el caso de mis Beneficiario(s) Principal(es) a: _____ Pasaporte o Cédula _____ y en el caso de mis Beneficiario(s) Contingente(s) a: _____ Pasaporte o Cédula _____, quienes ha(n) sido instruido(s) sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma asegurada que reciba(n) de la Aseguradora.</p>					
5. HÁBITOS					
Por favor conteste las siguientes preguntas referente a sus hábitos.				SÍ (X)	NO (X)
1. ¿Ha cambiado de trabajo por razones de salud?					
2. ¿Goza usted de buena salud?					

3. ¿Ha cambiado de peso en los últimos 12 meses?			
4. ¿Ha consumido o consume bebidas alcohólicas?			
5. ¿Ha fumado alguna vez?			
6. ¿Ha consumido alguna vez drogas?			
7. ¿Ha hecho o hará algún vuelo en calidad de piloto o como miembro de la tripulación de Aeronave?			
8. ¿Practica deportes o algún pasatiempo?			
<b>6. DECLARACIÓN DE SALUD</b>			
<b>Según su leal saber y entender, ha sufrido UD. o se le ha informado haber padecido alguna vez de:</b>	<b>SÍ (X)</b>	<b>NO (X)</b>	<b>Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "Sí", sírvase dar detalles con respecto a la fecha, diagnósticos, médicos, clínicas/hospitales u otros.</b>
1. Padece o le han diagnosticado: ¿diabetes, gota, alguna afección renal, piedras renales, dificultades al orinar, sangre en la orina?			
2. ¿Cáncer, tumores, quistes, infecciones inexplicables, ganglios linfáticos o aumentados en su tamaño, crecimiento de cualquier tipo de células?			
3. ¿Cualquier trastorno de los pulmones, pecho, vías respiratorias, tuberculosis, pleuresía, enfisema, asma, esputos sanguíneos, apnea del sueño, bronquitis crónica, alergias, Covid-19, u otra enfermedad torácica?			
4. ¿Fiebre reumática, presión alta o problemas circulatorios o del corazón, o cualquier otra enfermedad del corazón?			
5. ¿Úlcera gástrica o del duodeno, ictericia o problemas con la vesícula biliar, hígado, repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica, o cualquier trastorno gastrointestinal?			
6. ¿Enfermedades de los nervios, dolores persistentes de cabeza, epilepsia, ataques, desmayo, ansiedad, otra afección mental o cualquier enfermedad de los nervios?			
7. ¿Alguna afección en órganos genitales, Hepatitis B o enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones?			
8. ¿Ha consultado o está consultando actualmente a un médico por causa de infección por el virus HIV o alguna enfermedad relacionada a la infección? ¿Se le está tratando por tal causa?			
9. ¿Fiebre en intervalos o persistente, sudoraciones nocturnas persistentes?			
10. ¿Reumatismo, artritis o cualquier tipo de enfermedad de los huesos o articulaciones, enfermedades de la piel?			
11. ¿Sufre de algún defecto físico o enfermedad?			
12. ¿Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta?			
13. ¿Toma algún medicamento? ¿Recibe algún tratamiento?			
14. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica? ¿Se le ha realizado algún examen radiológico u otro examen especial?			
15. ¿Ha visitado algún médico en los últimos 6 meses? ¿Cuándo, por cuánto tiempo y por qué motivo?			
16. ¿Le ha sido alguna vez recargada, aplazada o cancelada una solicitud de cobertura de vida, salud o de invalidez?			Si su respuesta es afirmativa, favor indicar fechas, nombres de las compañías y causas:
17. <b>MUJERES:</b> ¿Ha padecido alguna afección de las mamas, útero, ovarios, trompas?			
18. ¿Ha tenido algún parto prematuro, aborto o parto de feto muerto?			
19. ¿Está embarazada? ¿Cuántos meses tiene?			
20. Nombre, Clínica y Dirección de su Ginecólogo			
21. <b>HOMBRES:</b> ¿Se ha practicado exámenes prostáticos?			

**MULTIBANK SEGUROS, S.A.**  
**Solicitud de Póliza de Seguro Colectivo de Vida**  
**Declaración de Salud**

22. Fecha y Resultado	
23. Nombre, Clínica y dirección de su médico	

**7. 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. Convengo que se consideren como base principal de la Póliza Colectiva de Vida que pudiese emitir o rehabilitar MULTIBANK SEGUROS, S.A., por motivo de la presente solicitud de seguro (en adelante, la "Póliza").

Autorizo irrevocablemente e instruyo a MULTIBANK SEGUROS, S.A., sin necesidad de contar con mi autorización previa (i) a pedir cualquier información relacionada con mi estado de salud, a todos los médicos, clínicas, hospitales e instituciones similares o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a las entidades gubernamentales de salud, compañías de seguros, enfermeras o profesionales de la salud que me hayan asistido, me asistieren, o tengan información sobre mi historial médico, sea en la República de Panamá o en el extranjero, para que informen revelen o permitan la verificación de cualquier diagnóstico, documento, informe, registro profesional, reporte, declaración, expedientes clínicos, registros profesionales y/o análisis y suministren copia de los mismos a MULTIBANK SEGUROS, S.A. para el cumplimiento de los requisitos necesarios para la emisión de la Póliza. Relevo de toda responsabilidad a todas las personas listadas en este párrafo (incluyendo a MULTIBANK SEGUROS, S.A.) por proporcionar, compartir, solicitar y/o recibir dichos informes y/o copias fotostáticas en el pasado, presente o futuro.

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.

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.

Declaro que los datos consignados en la solicitud de seguro son verdaderos y exactos y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos o cualquier otra información relevante requerida en la solicitud. Acepto que las respuestas anteriores forman parte de la solicitud de seguros, y si en base a las mismas MULTIBANK SEGUROS, S.A. emitiere cobertura mediante una Póliza, esta Póliza será nula y quedará sin efecto (con efecto retroactivo a la fecha de su emisión) si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, en cuyo caso MULTIBANK SEGUROS, S.A. no tendrá la obligación de efectuar pago alguno bajo la Póliza. MULTIBANK SEGUROS, S.A. reserva el derecho a solicitar toda la información que estime necesaria para evaluar la emisión de la Póliza, pudiendo optar por no emitirla.

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.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a MULTIBANK SEGUROS, S.A. información sobre mi salud, mi causa de muerte, o mis antecedentes médicos, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud. 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.

**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. Esta disposición será aplicable, inclusive, para aquellos terceros que requieran transmitir, transferir, ceder, intercambiar, revelar, o utilizar mis datos personales, operativos o transaccionales con demás involucrados exclusivamente en la prestación del servicio contratado.
- 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](http://www.mbseguros.com.pa), o correo electrónico: [servicioalcliente@mbseguros.com.pa](mailto:servicioalcliente@mbseguros.com.pa)

<b>Firma del Solicitante:</b>	<b>Cédula/ Pasaporte:</b>
<b>Firma del Contratante:</b>	<b>Sucursal:</b>
<b>Fecha (dd/mm/aaaa):</b>	

**LA VALIDEZ DE ESTA SOLICITUD DE SEGURO ES DE CUATRO (4) MESES**

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA**

OBSERVACIONES:
ANÁLISIS TÉCNICO/ FIRMA/ FECHA:
CRITERIO MÉDICO/ FIRMA/ FECHA: