

Es cliente del Grupo: Sí No

Esta solicitud deberá ser completada con letra legible sin omitir ningún tipo de información. No se aceptan tachones, borradores ni espacios en blanco.
Si el contratante es diferente debe completar el formulario de Conocimiento de Consumidor de Seguros.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (en caso de ser distinto al Asegurado)

Nombres: _____ Apellidos: _____

Cédula/Pasaporte: _____

2. INFORMACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombres: _____ Apellidos: _____

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): _____ Género: Masculino Femenino

País de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Teléfonos: _____ Residencia: _____ Celular: _____ Otro: _____

Correo electrónico personal: _____

País de domicilio Fiscal: _____ Otros países en los que tiene obligaciones tributarias de carácter personal: _____

2.1. DOMICILIO DEL PROPUESTO ASEGURADO

País de Residencia: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Calle o Avenida: _____

Urbanización / Barriada: _____ Nombre del Edificio, No. de apartamento o Casa: _____

2.2. OCUPACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO

Profesión: _____ País de Trabajo: _____

Actividad económica / ocupación: _____ 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: _____

Formas en que sus ingresos son recibidos: _____

Efectivo Cuasi-efectivo Cheque Transferencia Origen de los fondos: Local Extranjero País: _____

Frecuencia de percepción de los ingresos de la actividad principal

Frecuencia de percepción de los ingresos de la actividad secundaria

Diario Semanal Bimensual Diario Semanal Bimensual

Quincenal Mensual Trimestral Anual Quincenal Mensual Trimestral Anual

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): _____

2.3. 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 No Cargo actual: _____

2. ¿Ha sido una persona Expuesta Políticamente? Sí No Indicar período: _____ 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) Sí No Indicar persona y la relación con la Persona Expuesta Políticamente: _____

2.4. RESPONSABLE DE PAGO

Relación o parentesco con el Asegurado: Propio Asegurado Contratante Otro Indique su relación: _____

Si el responsable de pago es una persona diferente al contratante o el asegurado indicado en esta solicitud, favor completar el formulario de Conocimiento de Consumidor de Seguros.

2.5. FORMA DE PAGO

Descuento Directo por Tarjeta de Crédito Tipo: VISA MASTERCARD

Banco: _____ Fecha de expiración: Mes _____ Año _____

Número:

Firma de autorización de descuento: _____ Fecha de cobro: 1ero de cada mes 16 de cada mes

Transferencia Electrónica ACH <input type="checkbox"/> <i>Completar formulario de Autorización de Débitos Automáticos</i>	Otra forma de Pago <input type="checkbox"/>	Dirección de Cobros:
---	--	-----------------------------

3. CUESTIONARIO MÉDICO Y ESTILO DE VIDA

1. ¿Goza usted de buena salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Es piloto de aviación, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene intención de hacer dichos vuelos en el futuro?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha consumido o consume bebidas alcohólicas, fuma, o ha consumido o consume algún tipo de drogas? En caso afirmativo indique cuánto tiempo, frecuencia y cuál(es): _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Practica deporte(s), algún pasatiempo de riesgo o extremo? En caso afirmativo, indique cuánto tiempo, frecuencia y cuál(es): _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha sido alguna vez recargada, aplazada, declinada o cancelada una solicitud de cobertura de vida, accidente o invalidez? En caso afirmativo, indique cuánto tiempo, frecuencia y cuál(es): _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

4. COBERTURAS/ SUMAS ASEGURADAS

MUERTE ACCIDENTAL	B/.	RENDA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	B/.
HOMICIDIO CULPOSO	INCLUIDO	HOMICIDIO DOLOSO	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MUERTE EN ACCIDENTE AÉREO – VUELOS COMERCIALES	INCLUIDO	MUERTE EN ACCIDENTE AÉREO – VUELOS PRIVADOS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR DESMEMBRAMIENTO	B/.	ADELANTO DE GASTOS FUNERARIOS	B/.
GASTOS MÉDICOS A CAUSA DE ACCIDENTE	B/.	SERVICIOS DE ASISTENCIA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE	B/.	DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN TRANSPORTE PÚBLICO	B/.
Prima:	Impuesto:	Prima total:	

5. BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Cédula/Pasaporte	Nombres	Apellidos	Nacionalidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	%

6. BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Cédula/Pasaporte	Nombres	Apellidos	Nacionalidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	%

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.

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.

Si a mí 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: _____ Cédula/Pasaporte: _____ y en el caso de mis Beneficiario(s) Contingente(s) a: _____ Cédula/Pasaporte: _____, quienes ha(n) sido instruido(s) sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma asegurada que reciba(n) de la Aseguradora.

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 de Accidentes Personales 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.

Exonero expresamente a MULTIBANK, de cualquiera responsabilidad derivada del ejercicio o uso de las autorizaciones que por este medio se le otorga.

Esta autorización se mantendrá vigente para ser ejercida tantas veces sea necesario, durante todo el tiempo que mantenga cualquier tipo de relación con MULTIBANK.

Firma del Contratante (en caso de ser distinto al asegurado):

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente):

Firma del Propuesto Asegurado:

Número de cédula/ pasaporte (adjunte copia vigente):

Firmado en _____ el _____ de _____ de _____.