

Fecha	(DD / MM / AA)	27 / 01 / 2022
Tipo de Vivienda a Adquirir		
<input type="checkbox"/> Vivienda Nueva	<input type="checkbox"/> Vivienda Usada	Fecha Probable de Entrega (DD/MM/AA)
Promotora/Vendedor		Proyecto
Ingresos		
Salario	975.00	Gastos de Representación
Otros	175.00	
Participación		
<input checked="" type="checkbox"/> Deudor	<input type="checkbox"/> Garante Hipotecario	
Tipo de Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> Pasaporte	
N° de Documento de Identidad Personal	8-874-244	
N° Seguro Social	8-874-244	

Información Personal							
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Jessier				Mosquera		Mosquera	
Apellido de Casada		Estado Civil		Género		Dependientes	
		casada		femenino		2	
Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad		País de Residencia	
6 de julio de 1991		30		panameña		Panamá	
Provincia		Distrito		Corregimiento		Barrio/Urbanización/Edificio	
Panama Oeste		La Chorrera		Playa Leona		Peñas Blancas	
Calle		Punto de Referencia		N° de Casa/Apto		Años de Residir	
11				339C		1 año y medio	
Teléfono Residencial		Teléfono Celular		Teléfono de Oficina		Correo Electrónico	
		67634539		2127429		jessiermo@gmail.com	

Información Laboral							
Nombre de la Empresa		Sector		Cargo o Posición		Fecha de Ingreso (DD/MM/AA)	
Organo Judicial		Juzgado Seccional de Trabajo		Oficial Mayor II		4 de mayo de 2015	
País		Provincia		Distrito		Corregimiento	
Panamá		Panamá		Panamá		Betania	
Barrio		Dirección		Teléfono de Oficina		Persona de Contacto en la empresa	
Plaza Edison		Edison Center, Piso 4		2127429			
Nombre de la Empresa donde laboró anteriormente		Fecha de Ingreso (DD/MM/AA)		Fecha de Salida (DD/MM/AA)			
Teléfono de Oficina Empleo Anterior		Persona de Contacto en la empresa					

Información del Cónyuge (de no participar en el Crédito)							
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Apellido de Casada		Identificación		Fecha de Nacimiento del Cónyuge		Lugar de Empleo	
Salario del Cónyuge		Teléfono Trabajo		Teléfono Residencial		Teléfono Móvil	

Referencias Personales							
Relación		Nombre		Dirección		Teléfono	
Compañera de trabajo		Italia Adames		Edison Center		69834863	
Hermana		kiria Palacios		Rio Hato		67521712	
Amistad		Geraldine Vasquez		Altos de Las Praderas		66678762	

Pariente más cercano							
Relación		Nombre		Dirección		Teléfono	
Hermana		Zoonia Mosquera		Rio Hato, Cocle		65254189	

Persona Expuesta Políticamente							
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

1. ¿Es usted o ha sido una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No							
Entidad		Cargo		Período			
Descripción del Cargo							

2. ¿Es usted familiar cercano de una Persona Expuesta Políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No							
Nombre							
Período							
Nacionalidad							
Relación							
Cargo							
3. ¿Es o ha sido estrecho colaborador de alguna persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Nombre							
Período							
Nacionalidad							
Relación							
Cargo							

**Entrevista Básica FATCA**

1. ¿Nació usted en los Estados Unidos o en algunos de sus territorios?
2. ¿Tiene usted ciudadanía estadounidense o de alguno de sus territorios?
3. ¿Cuenta usted con una Tarjeta Verde (Green Card) o Tarjeta de permiso o Visa de Residente Permanente de Estados Unidos o de algunos de sus territorios?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otras Nacionalidades y Domicilio Fiscal fuera de la República de Panamá**

1. ¿Mantiene más de una (1) nacionalidad? ☐ Sí ☒ No

País Nacionalidad	Tipo Identidad	Número Identidad

2. ¿Mantiene Domicilio Fiscal fuera de Panamá? ☐ Sí ☒ No

País de Domicilio	Número de Contribuyente	Domicilio Fiscal

**Aceptación**

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada es correcta, verdadera y completa, y que ha sido otorgada con el propósito de calificar para la obtención de los productos y servicios que ofrece BANCO NACIONAL DE PANAMA, en adelante EL BANCO.

Declaro, igualmente, que EL BANCO queda por este medio autorizado para confirmar la información aquí declarada y para recabar, recopilar y transmitir información sobre mi historial de crédito e intercambiar dicha información con agentes económicos y/o agencias de información de datos locales como del extranjero, en cualquier momento y a su entera discreción, sin ser necesaria mi autorización, así como para facilitar a cualquier persona vinculada a EL BANCO y a los organismos reguladores a los que éste esté sujeto, información relativa a las posiciones de activos y pasivos que mantengo o pudiera mantener en EL BANCO así como en cualquier otra entidad financiera, y a facilitarles documentación que contenga mi información económica y financiera que EL BANCO considere necesaria para el estudio de esta solicitud.

Me obligo a notificar inmediatamente a EL BANCO sobre cualquier cambio o condición en mi persona que afecte, directa o indirectamente, la información contenida en esta solicitud. Reconozco que la documentación que aporte junto con esta solicitud debo retirarla dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha en que se me notifique que mi solicitud no ha sido aprobada. Transcurrido este plazo, autorizo a EL BANCO para disponer de dicha documentación a su conveniencia. Estoy de acuerdo que esta solicitud permanezca y sea propiedad de EL BANCO ya sea que se me apruebe o no el servicio que solicito.

También autorizo expresamente al Banco Nacional de Panamá, cesionarios o sucesores, así como cualquier persona natural o jurídica que por operación de cesión, administración o compra de cartera, adquiera los derechos de mi crédito, a que de conformidad con lo expresado en el artículo 24 y demás disposiciones aplicables de la ley 24 de 22 de mayo de 2002, tal como la misma sea de tiempo en tiempo modificada, solicite, consulte, recopile, intercambie y transmita a cualquier agencia de información de datos, bancos o agentes económicos, informaciones relacionadas con obligaciones o transacciones crediticias que mantengo o pudiera mantener con dichos agentes económicos de la localidad, sobre mi (nuestro)

Jessier Mosquera

Nombre

8-874-244

N° de Documento de Identidad Personal

*Jessier Mosquera*

Firma





Compañía Internacional de Seguros, S.A.  
Prueba de Asegurabilidad

Institución: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_  
Nombre: Jessier Mosquera Cédula: 8-874-244 Fecha de Nacimiento: 6 de julio de 1991x  
Genero: M ☐ F ☒ Nacionalidad Panameña Estatura: 1.75 cm Peso: \_\_\_\_\_  
Ocupación Actual: Oficial Mayor II, Organo Judicial ¿Es usted pensionado? SI ☐ NO ☒  
Si es pensionado indicar número de planilla: \_\_\_\_\_ Si es planilla No. 11, 13, 18, 23, 28  
Favor indicar la lesión o enfermedad por la que fue pensionado: \_\_\_\_\_  
Tipo de Préstamo: Hipotecario Monto del Préstamo: \_\_\_\_\_ Plazo de pago: \_\_\_\_\_  
País(es) donde Tributa por sus ingresos: \_\_\_\_\_  
Panamá

¿Alguna vez se le ha diagnosticado que padece o se le ha informado que ha tenido, o ha sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades?:

Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cardiopatía	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Trastornos del Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos del Cerebro	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos Renales	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Presión Arterial	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Esquizofrenia	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Artritis Reumatoidea	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Ceguera total	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsia	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Lupus Eritematoso	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SIDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Sordera Total	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Tumor	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Trastornos Pulmonares o Respiratorios	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Trastornos del Hígado o Gastrointestinales	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos de la Sangre o Anemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Receptor de Transplante de Órgano	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		

¿Ha tenido alguna otra enfermedad que no se haya mencionado anteriormente? SI ☐ NO ☒

Favor dar detalle: \_\_\_\_\_

Si usted ha contestado **Sí** en alguna de las preguntas anteriores, favor contestar las siguientes preguntas:

Nombre Completo del Médico que lo atendió: \_\_\_\_\_

Nombre de la Clínica u Hospital: \_\_\_\_\_

¿Está en la actualidad bajo tratamiento Médico? SI ☐ NO ☒ Fecha de última atención: \_\_\_\_\_

Condición Actual: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma en la actualidad: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado? SI ☒ NO ☐ Fecha: 14 de abril de 2019

Nombre de la Clínica u Hospital: Hospital Nicolas Solano

Motivo: Embarazo

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 el seguro y forme parte integral de la misma.

Estoy de acuerdo en que la cobertura 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, la hubiere hecho desistir del contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

En pleno conocimiento de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, de la Ley No. 40 de 14 de Agosto de 2018 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable por la presente, a cualquier médico, o médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o médicamente relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, 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, declaraciones, expedientes clínicos o registros que tengan en su poder, por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocirme en lo sucesivo, a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento sin consecuencias para estos ni para la aseguradora a quienes desde la firma de esta solicitud relevo de toda responsabilidad por el hecho de haber suministrado o recabado información que las anteriores personas y entidades suministren. Adicionalmente autorizo al corredor designado en mi póliza o al Contratante de la misma para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso.

27 de enero de 2022

Fecha

Jessier Mosquera  
Firma del Solicitante

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

SENSIBLE

1. Esta autorización se da, en función de lo establecido en el Artículo 24 de la ley No.24 del 22 de mayo del 2002, la cual entró en vigencia a partir de esta fecha.
2. Por este medio, yo Jessier Mosquera Mosquera con cédula de identidad personal 8-874-244, autorizo al Banco Nacional de Panamá, para recopilar, consultar y transmitir datos sobre mi historial de crédito existente en una agencia de información de datos ya sea que el mismo aparezca, a título personal y/o a nombre de \_\_\_\_\_, empresa la cual represento.
3. Queda establecido que los datos sobre el historial de crédito recopilado y consulado serán utilizados por el Banco como parte de la información requerida para evaluar y dar seguimiento a facilidad (es) crediticia (s) que actualmente tramito y/o mantengo con esta entidad bancaria.
4. Me comprometo a suministrar información veraz sobre mis datos personales o comerciales, de manera que el Banco nacional pueda acceder el historial de crédito en el Banco de Datos de la agencia de información de datos.
5. Igualmente, autorizo al Banco Nacional para que una vez al año, consulte mi historial de crédito a través de una agencia de información de datos, durante el plazo que mantenga mi obligación con dicha entidad bancaria.
6. Expresamente autorizo al Banco Nacional de Panamá para que los datos sobre mi historial de crédito que se generen después de la entrada en vigencia de la ley No. 24 (persona natural o jurídica) sean suministrados o transmitidos a las agencias de información de datos.
7. Autorizo al Banco Nacional para que periódicamente actualice la información sobre mi historial crediticio (natural o jurídica), en las agencias de información de datos.
8. Finalmente, autorizo al Banco Nacional para que vencido el plazo de la obligación contraída, siempre y cuando la misma haya sido cancelada en su totalidad, de acuerdo a los registros contables del Banco, los datos sobre mi historial crediticio sean excluidos del sistema o banco de datos que tenga la agencia de Información de datos.

Si el cliente no suministra información veraz y si la misma es utilizada en el proceso de consultas y transmisión de datos, el Banco queda relevado de toda responsabilidad frente a reclamos futuros por parte del cliente.

Panamá, 27 de enero de 2022

Jessier Mosquera  
Firma del Cliente / Representante Legal  
Cédula:

Vo.Bo. Oficial del BNP

Nombre de la Empresa  
R.U.C.

Imprenta BANCONAL

item 1	item 2	item 3	item 4
	item 5	item 6	item 7

Hola Mundo