



Información del Propuesto Asegurado

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada			
Fecha de nacimiento	d d m m a a a a	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad (es)			
Estado Civil		Cédula/Pasaporte	
Edad		Peso	
Lbs/Kgs		Estatura	
Pies/Mts.		Ingreso Anual	
Moneda			
País de Residencia		País de Nacimiento	
Dirección de Residencia			
Provincia/Distrito/Corregimiento/Urbanización/Calle/Casa o Apto./Edificio.			
Tel. Residencia		Tel. Celular	
Tel. Oficina			
Correo electrónico personal			

Empleador (Datos laborales)

Nombre de la compañía		Ocupación y Profesión	
Actividad Económica de la empresa		Años de empleo en la compañía	
Deberes (Favor de dar detalles)			
Dirección			
Provincia/Distrito/Corregimiento/Urbanización/Calle/Casa o Apto./Edificio.			
Asalariado	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>		

Contratante (completar sólo si no fuese el asegurado. De ser una Persona Jurídica, completar el Formulario Persona Jurídica.)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada			
Fecha de nacimiento	d d m m a a a a	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad (es)			
Cédula/Pasaporte		País de Nacimiento	
Estado Civil		País de Residencia	
Dirección de Residencia			
Provincia/Distrito/Corregimiento/Urbanización/Calle/Casa o Apto./Edificio.			
Tel. Residencia		Tel. Celular	
Tel. Oficina			
Fax		Correo electrónico	
Empresa donde labora		Ocupación/Cargo	



Dirección

Provincia/Distrito/Corregimiento/Urbanización/Calle/Casa o Apto./Edificio.

Actividad Económica de la Empresa

Ciudad País

Parentesco con el asegurado

Propósito del Seguro

País(es) donde el contratante tributa por sus ingresos

Pagador (completar sólo si no fuese el contratante. De ser una Persona Jurídica, completar el Formulario Persona Jurídica.)

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada

Fecha de nacimiento d | d | m | m | a | a | a | a Sexo ☐ F ☐ M Nacionalidad (es)

Cédula/Pasaporte

Estado Civil País de Residencia

Dirección de Residencia

Provincia/Distrito/Corregimiento/Urbanización/Calle/Casa o Apto./Edificio.

Tel. Residencia Tel. Celular Tel. Oficina

Fax Correo electrónico

Empresa donde labora Ocupación/Cargo

Dirección

Provincia/Distrito/Corregimiento/Urbanización/Calle/Casa o Apto./Edificio.

Actividad Económica de la Empresa

Ciudad País Parentesco o relación con el asegurado

Propósito del Seguro

País(es) donde el pagador tributa por sus ingresos

Persona políticamente expuesta

Las Personas Políticamente Expuestas son aquéllas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, ej. Jefes de Estado o de gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, entre otros. La designación de PEP incluye a su cónyuge y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? En caso afirmativo, cargo actual o anterior y tiempo en el cargo

Asegurado ☐ Sí ☐ No Contratante ☐ Sí ☐ No Pagador ☐ Sí ☐ No



Perfil Financiero

Ingresos anuales actividad principal ☐ Menos de 10 mil US\$ ☐ 10 mil a 30 mil US\$ ☐ 30 mil a 50 mil US\$ ☐ Más de 50 mil US\$

Ingresos anuales por otras actividades ☐ Menos de 10 mil US\$ ☐ 10 mil a 30 mil US\$ ☐ 30 mil a 50 mil US\$ ☐ Más de 50 mil US\$

Origen de los fondos para pago de la póliza, ¿de dónde provienen?

Información pertinente al plan

Tipo de Plan ☐ WWTERM ☐ WW SURVIVOR ☐ WWTERM VALUE Años

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA
Vida Básica	\$	\$
Supervivencia	\$	\$
Beneficio por muerte accidental	\$	\$
Beneficio por enfermedad grave	\$	\$

Estándar Nicotina ☐ Sí ☐ No

PRIMA TOTAL

Información pertinente al pago de la prima

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Cheque ☐ T.C.

Designación de los Beneficiario(s) Primario(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte

Beneficiario(s) Contingente(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Contingentes es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte



En caso de Cesión Bancaria complete los siguientes datos:

Producto Bancario		Suma cedida	
Contacto			

1.a. ¿La persona propuesta para seguro tiene alguna cobertura existente, o alguna solicitud pendiente para seguro de vida o anualidad con esta compañía o cualquier otra? (Si es afirmativo, por favor liste a continuación) ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de Póliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud

1.b. ¿Tiene la persona propuesta para seguro la intención de remplazar, discontinuar o cambiar alguna de estas coberturas? (Si es afirmativo, liste a continuación) ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de Póliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud

Información general

1. alguna vez el Propuesto Asegurado:

a. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros, pipas o utilizado productos de tabaco o nicotina en cualquier forma, incluyendo olido, sumergido, masticado, parches de nicotina, chicle u otros sustitutos en los últimos 24 meses? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, favor indicar cual producto y que cantidad.

<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> Parche o chicle de Nicotina
<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Mastica tabaco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

b. ¿Consumes bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia

c. Piensa viajar fuera de su país? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor detallar

d. ¿Ha recibido tratamiento o se ha unido a una organización por motivo de dependencia o abuso del alcohol? ☐ Sí ☐ No
De ser así, ¿cuándo?

--

e. Ha sido arrestado por el uso, posesión, venta, distribución o cualquier acto delictivo relacionado de manera directa o indirecta con marihuana, narcóticos, sustancias alucinógenas o que alteren la mente no prescritas por un médico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, favor detallar

--



f. ¿Se le ha suspendido o revocado alguna vez la licencia de conducir, ha sido convicto de 3 o más violaciones de vehículo automotor en movimiento, ha tenido 2 o más accidentes mientras maneja un vehículo automotor, o ha sido convicto de manejar un vehículo automotor mientras estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas? De ser así, indique: quién, cuándo, número de licencia de conducir, el estado que la expidió y los detalles.

☐ Sí ☐ No

2. En los últimos tres años, ¿alguna persona propuesta para cobertura ha sido calificado, pospuesto o negado un seguro de vida o de salud? (Si es afirmativo, brinde el(los) nombre(s) y la información a continuación)

☐ Sí ☐ No

3. Favor de proporcionar detalle de su cobertura de enfermedades graves, si la tiene.

☐ Sí ☐ No

4. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?

☐ Sí ☐ No

5. En los últimos 3 años o en los siguientes 12 meses, alguna persona de las propuestas para seguros habrá: (Si fuera afirmativo, adjunte cuestionario Suplementario)

a. ¿Volado en otra capacidad que no sea la de pasajero en una aerolínea comercial?

☐ Sí ☐ No

b. ¿Participado en actividades que involucren el uso o las carreras en un "scooter", motorizado, motocicleta, carro u otro vehículo impulsado, participado en deportes submarinos, buceo SCUBA, planeadores de mano, paracaidismo, saltos BASE, saltos en cuerda elástica (bungee jumping), paracaidismo con cometa (para-kiting), paracaidismo planeador (skydiving), esquí con helicóptero, o escalar rocas o montaña?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo especifique cuál y complete el cuestionario correspondiente

Historial Médico

1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:

a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco, aneurismas u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?

☐ Sí ☐ No

b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?

☐ Sí ☐ No

c. ¿Mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?

☐ Sí ☐ No

d. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestino, hígado, hepatitis B o C y vesícula biliar?

☐ Sí ☐ No

e. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?

☐ Sí ☐ No

f. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, ¿la espalda y las articulaciones?

☐ Sí ☐ No

g. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor, cáncer, sudores nocturnos, fatiga o fiebre sin explicación?

☐ Sí ☐ No



h. ¿Albúmina, azúcar, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos renales u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?

☐ Sí ☐ No

i. ¿Cualquier problema de los ojos, oídos, nariz o garganta?

☐ Sí ☐ No

j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?

☐ Sí ☐ No

k. ¿Ha tenido alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito?

☐ Sí ☐ No

2. Aparte de lo que se indica anteriormente, el Propuesto Asegurado, en los últimos 10 años:

l. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión o procedimientos médicos ambulatorios o intrahospitalarios?

☐ Sí ☐ No

m. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?

☐ Sí ☐ No

n. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otras pruebas especializadas?

☐ Sí ☐ No

o. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Ha tomado el Propuesto Asegurado en los últimos 12 meses algún medicamento prescrito, o ha recibido tratamiento que haya excedido 14 días?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Tiene previsto a obtener tratamiento y opinión médica en los próximos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Ha tenido resultado positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el complejo relacionado con el SIDA por causa de infección VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Existe un historial de muertes por enfermedad coronaria arterial, embolia, cáncer o enfermedades de los riñones, ya sea de un padre o hermano natural antes de la edad de 60 años, o un diagnóstico de diabetes mellitus antes de la edad de 50 años? (Si es afirmativo, provea detalles en la Sección 10.)

☐ Sí ☐ No

7. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses?

☐ Sí ☐ No

En caso de afirmativo:

☐ Aumento ☐ Pérdida

Favor proveer detalles a continuación

8. Para mujer solamente.

☐ Sí ☐ No

a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?

☐ Sí ☐ No

b. ¿Está usted embarazada?

☐ Sí ☐ No

¿Cuántas semanas tiene de embarazo?

Semanas

9. Liste los nombres y direcciones de los médicos que usted ha consultado recientemente por cualquier razón y el médico de cabecera, si fuera diferente.



10. Favor suministre detalles sobre cualquier respuesta afirmativa a las Preguntas 1 (a-k), 2 (l-o), 3, 4,5,6, 8. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Pregunta No.	Nombre Enfermedad/ Síntoma / Herida / etc.	Tratamiento / Medicamento	Nombre y dirección del Hospital	Fecha	Duración	Resultados

Firmas

En la medida de mis conocimientos, las declaraciones y respuestas suministradas en esta declaración son verdaderas, completas y correctamente anotadas. ADVERTENCIA: cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente un reclamo por beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, o que conscientemente presente información falsa en una solicitud de seguros, podría ser hallado culpable de fraude de seguros.

Queda entendido y convenido que:

a. Worldwide Medical Assurance Ltd. Corp., (en adelante “La Compañía”), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud. La cobertura provista por La Compañía no entrará en vigor hasta que la solicitud sea recibida, aprobada y notificada por La Compañía.

b. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas son completas y verdaderas. Si hubiera alguna(s) respuesta(s) falsa(s), inexacta(s), incompleta(s), fraude u omisión en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser dado por terminado por La Compañía.

c. Con presentar una fotocopia o el original de este documento, autorizo voluntaria, libre y expresamente, durante toda la vigencia de la póliza, aún después de mi fallecimiento; a cualquier médico, profesional, hospital público o privado, clínica, Caja de Seguro Social u otra entidad o agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente, proveedor de servicio de salud, empleador, asegurador o tenedor de pólizas de grupo, todos estos ya sea que estén ubicados en el territorio de la República de Panamá o en el extranjero; para proveer a La Compañía o representantes autorizados, de copia del expediente clínico, de toda información que ésta requiera en relación con mi salud de cualquier naturaleza y en cualquier etapa de mi vida, registrada en cualquier medio, incluyendo, pero sin limitarse, registros respecto a consejos, indicaciones, cuidado (s) o tratamiento (s) proporcionado (s) a mi y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Esta es una manifestación libre y voluntaria, en pleno conocimiento de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, y demás normas afines. Por lo anteriormente manifestado, relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que le pueda comprometer por revelar, suministrar, mostrar o entregar copias simples o autenticadas de la información o documentación descrita anteriormente. Con la información o documentación facilitada, La Compañía puede realizar una evaluación adecuada sobre mi salud y la de mis dependientes, para determinar la cobertura de la póliza.

d. Autorizo a Worldwide Medical Assurance Ltd. Corp., La Compañía, a solicitar, gestionar y obtener ante cualquiera entidad de intermediación financiera y crediticia nacional o internacional, toda la información que sea considerada sobre mi historial de crédito, incluyendo de manera enunciativa y sin limitación alguna, a las obligaciones y transacciones comerciales que sean llevadas o pudiesen ser llevadas a cabo con cualquier entidad económica.

Firmado en (Ciudad y País) Fecha

Nombre del Asegurado si no fuera el Contratante

Nombre del contratante

Firma del Asegurado si no fuera el Contratante

Firma del contratante

Firma del Representante Legal



Reporte del agente

1. ¿Qué tan bien conoce al Propuesto Asegurado?

☐ Familia, por favor liste parentesco

☐ Amigo ☐ lo conoce bien ☐ poco por años

☐ Sí ☐ No

☐ Cliente por años

☐ ¿Lo acaba de conocer? ¿Cómo?

1. ¿Cuál es el propósito de este seguro?

2. Si el Propuesto Asegurado es casado, ¿cuál es el nombre del cónyuge y cuántos seguros tiene el cónyuge?

3. Si el Propuesto Asegurado es menor de 21 años, ¿cuántos seguros tiene cada uno de los padres y cada hermano y hermana?

4. ¿Cuál es el monto correspondiente al Propuesto Asegurado

Valor Neto aproximado de Patrimonio

Ingreso Devengado

Ingreso No Devengado

Ocupación en los últimos 5 años

5. ¿Obtuvo las respuestas personalmente del Propuesto Asegurado?

☐ Sí ☐ No

6. El propietario me mostró un documento de identificación con foto emitido por el Gobierno.

Tipo de ID

ID emitido por

Fecha de Emisión

Fecha de Expiración

Lugar (Ciudad y país)

Fecha:

Nombre del agente

Firma del agente