



# Compañía Internacional de Seguros, S.A.

## Solicitud Individual para Póliza Colectiva de Vida y Salud

ESTA SOLICITUD SE DEBERÁ LLENAR SIN TACHONES, COMILLAS Y OTROS SIGNOS. LLENAR EN LETRA IMPRENTA.

### DATOS GENERALES

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_

**RIOS**

**SAMANIEGO**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Apellido de Casada

**JEAN**

**CARLOS**

Primer Nombre

Segundo Nombre

Nombre Usual

Ingreso anual aproximado - Ocupación Actual B/.: \_\_\_\_\_ Ingreso anual aproximado - Otras ocupaciones B/.: \_\_\_\_\_

País(es) donde tributa por sus ingresos: **Panamá**

Cédula / Pasaporte: **8** - **869** - **2004** DV: \_\_\_\_\_ Seguro Social: **8-869-2004** # Empleado: **17109**

Fecha de Nacimiento: **06** / **marzo** / **1991** Extranjero: ☐ Sí País de Origen: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino  
DD / MM / AAAA ☒ No ☐ Femenino

Peso: **210** lbs. Estatura: **1.71** mts. ¿Zurdo? (S/N): **no** Ocupación: **Programador Sr.**

Funciones que realiza: **realizar automatizacion y mejoras a los programas utilizados.**

Estado Civil: ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Unido ☐ Viudo ☐ Otro \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_

Deportes o actividades recreativas que practica: \_\_\_\_\_

Apartado Postal: **507** Zona: \_\_\_\_\_ E-mail: **jeanjakird@gmail.com**

Departamento / Zona de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ E-mail de oficina: **jean.rios@cajadeahorros.com.pa**

#### Dirección Residencial:

País: **Panamá** Provincia: **Panamá Oeste** Distrito: **Arraiján**

Corregimiento: **Nvo. Emperador** Urbanización: **Barriada Vista Verde** Calle: **calle 3ra**

Edificio: \_\_\_\_\_ Apto y/o Casa: **121**

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: **62400803** Fax: \_\_\_\_\_

### SOLAMENTE LLENAR CUANDO SE INCLUYEN DEPENDIENTES

#### SEGURO DE VIDA, SALUD, GASTOS DE ENTIERROS Y OTROS PARA LOS DEPENDIENTES

Datos de los dependientes:

Nombre de los dependientes que ingresan en la póliza	Cédula/Pasaporte	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Estatura (cms)	Peso (lbs)

\*Si el conyuge es incluido indicar que funciones realiza: \_\_\_\_\_

#### BENEFICIARIOS - SEGURO DE VIDA

	Parentesco	Apellido	Nombre	Cédula o RUC	% Participación
1	Hijo	Rios Dunn	Jean Marcus	8-1193-1598	50%
2	Hijo	Rios Dunn	Jean Lukas	8-1271-840	50%
3					
4					
5					

ADMINISTRADOR DE LOS BENEFICIOS DE LOS BENEFICIARIOS EN CASO QUE FUESEN MENORES DE EDAD:

NOMBRE: **Astrid Dunn** PARENTESCO CON LOS BENEFICIARIOS: **Madre**

Instrucciones Especiales: **Sera administrador del mismo**

## CUESTIONARIO MÉDICO

Estas preguntas están dirigidas al solicitante y sus familiares. Estas declaraciones son importantes, ya que formarán parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Conteste SI o NO, y cuando haya contestado SI, por favor subraye la enfermedad padecida.

**Según su leal saber y entender, alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o si ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:**

	Ppal	Cony.	Hijos	Padres
1-¿Trastornos cardíacos, presión arterial, diabetes, cáncer, problemas con los riñones, trastornos de los pulmones, SIDA, (VIH), problemas de circulación o de la sangre?	_____	_____	_____	_____
2-¿Ha estado hospitalizado o recibido tratamiento médico en los últimos (5) años?	_____	_____	_____	_____
3-¿Ha sufrido alguna enfermedad que no se haya mencionado anteriormente?	_____	_____	_____	_____
4-¿En la actualidad está bajo tratamientos médicos o tomando medicamentos?	_____	_____	_____	_____
5-¿Tiene alguno de los solicitantes antecedentes de enfermedad congénita, hereditaria o adquirida?	_____	_____	_____	_____
6-¿Alguno de los solicitantes tiene antecedentes de haber nacido prematuro?	_____	_____	_____	_____
7-¿Es alguno de los solicitantes fumador? En caso de afirmativo, ¿cuántos años tiene el/la que fuma? _____ ¿Cuántos se fuma al día? _____	_____	_____	_____	_____
8-Pregunta para mujeres: ¿Está usted Embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
9-¿Es alguno de los solicitantes, una Persona Políticamente Expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cargo actual o anterior _____				

Si usted a respondido **SÍ**, favor indicar nombre completo del médico, fechas, diagnóstico, condición actual y pronóstico:

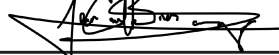
**DECLARACIÓN:** En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluidas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado: hábitos, procedimientos, diagnósticos, antecedentes patológicos, problemas de salud, trastornos, enfermedades, padecimientos, desórdenes fisiológicos, discapacidades, accidentes, lesiones, malestar o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la Póliza sea declarada nula y sin efecto alguno, por la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA), en caso de inexactitud, reticencia, declaración falsa o inexacta de mi parte, sobre circunstancia que de haber sido conocidas por LA COMPAÑÍA le hubiese hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

**TÉRMINO Y CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD:** El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha en que la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA) aprueba la solicitud respectiva. LA COMPAÑÍA dispondrá de 30 días a partir de la fecha de recibo de la Solicitud para estudiar y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el Prospecto no recibe aviso de rechazo de su solicitud, deberá considerarla como aceptada por LA COMPAÑÍA, excepto en los casos que LA COMPAÑÍA esté en espera de: alguna prueba médica, información sobre el estado de la salud del Solicitante o alguno de sus dependientes, firma endoso, etc. Si LA COMPAÑÍA rehúsa aceptar la solicitud y no emitir la póliza, no contraerá ningún compromiso en virtud de tal solicitud. En tal caso, LA COMPAÑÍA reintegrará al Solicitante la suma pagada en concepto de pago inicial a dicha solicitud.

**CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:** Por medio de la presente, manifiesto que, en pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003, la Ley No. 40 de 14 de agosto de 2018, y demás normas afines, autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable a la COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA), a solicitar, recabar y obtener de cualquier médico, 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 u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero. La presente autorización incluye brindar dicha información a LA COMPAÑÍA, representantes y Reaseguradores, ya sea mediante informes, copias fotostáticas de los análisis, imágenes, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesiones 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 reconocermme 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 la 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 para disponer de la información, y compartirla con otros proveedores y profesionales que considere convenientes para la evaluación del caso.

En esa misma forma, en cumplimiento de la Ley 81 de 2019 (Reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021), en concordancia con la Ley 12 de 2012, declaro que acepto y expresamente autorizo a LA COMPAÑÍA a recopilar, almacenar y transferir datos personales y sensibles, que adquiera u obtenga, respecto del contratante, asegurado, dependientes y responsable de pago. Expresamente se autoriza a LA COMPAÑÍA, para que el uso de los datos obtenidos y aquellos a los que LA COMPAÑÍA haya tenido acceso con motivo de la ejecución Contrato de Seguro para que éste, a su discreción, pueda utilizarlos y transferirlos dentro de las necesidad de su actividad comercial, para fines relacionados a los productos, pólizas, beneficios y/o servicios aquí contemplados, y a cualesquiera otros que LA COMPAÑÍA así considere conveniente; incluyendo, a todas sus subsidiarias, afiliadas y sucursales, reaseguradores, compañías de seguros, centros de salud o clínicas, profesionales de la salud, y cualesquiera otros asesores o profesionales que a discreción de LA COMPAÑÍA, sean necesarios y convenientes para la evaluación de un caso, conforme las operaciones de LA COMPAÑÍA.

Declaro que la información contenida en esta Solicitud es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntar y 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.

Firma del Solicitante:  Cédula: 8-869-2004 Fecha: 14/11/2024

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Este formulario tiene un período de validez de un (1) mes. Transcurrido este tiempo el solicitante deberá completar nuevamente el formulario.**